

介護療養型医療施設指定更新申請書 チェックリスト
 (療養型病床群を有する診療所)



受付番号		審査年月日	
申請者		担当者	
施設名			

頁	確認箇所	確認項目	適	不	備考
第5号様式	1 申請(開設)者	①主たる事務所の所在地には、番地名、ビルの名称まで記載されているか ----- ②その他不備はないか			
	2 更新を受けようとする事業所・施設の種類	①主たる事業所等の所在地には、番地名、ビルの名称まで記載されているか ----- ②事業所連絡先の代表電話番号の記載はあるか ----- ③現に受けている指定の有効期間満了日が記載されているか ----- ④その他不備はないか			
付表	1 施設	①事業所の名称及び所在地「第5号様式」の更新を受けようとする事業所の名称及び所在地と一致するか			
	2 管理者	①同一敷地内の他の事業所等の従業者と兼務する場合、当該職種は申請に係る施設の管理に支障がないものであるか ----- ②管理者が申請に係る施設の医師を兼ねる場合、「当該事業所で兼務する他の職種」欄に「医師」と記載されているか ----- ③その他不備はないか			
	3 開設年月日	・添付書類2の使用許可年月日以降であるか			
16	4 病床数等	①「左のうち申請する病床数」欄の数値は適切か (療養型病床群の病床数=左のうち申請する病床数) ----- ②療養病床の平均入院患者数は正しく計算されているか ----- ③「完全型」「転換型」のいずれか該当する方に○が記されているか ----- ④その他不備はないか			
2	5 従業者の職種・員数				
	1) 看護職員	①従業者数及び勤務形態は、添付書類4と一致するか ----- ②常勤換算は適切か(添付書類4) ----- ③常勤換算後の人数は、添付書類4と一致するか ----- ④常勤換算後の人数は「療養病床の平均入院患者数」欄の数値の対して「6:1」以上となっているか			
	2) 介護職員	①従業者数及び勤務形態は、添付書類4と一致するか ----- ②常勤換算は適切か(添付書類4) ----- ③常勤換算後の人数は、添付書類4と一致するか ----- ④常勤換算後の人数は「療養病床の平均入院患者数」欄の数値の対して「6:1」以上となっているか			

付 表 16 2		3) 介護支援専門員等	①従業者数及び勤務形態は、添付書類4と一致するか ②兼務職種は、申請に係る施設の他の業務か			
	6	設備基準上の数値 【従来型】				
		1) 病室	①一の病室の病床数は4床以下か ②入院患者1人につき6.4平方メートル以上か			
		2) 廊下	①片廊下の幅は1.8メートル以上か (経過措置あり：第15条「1.2メートル」) ②中廊下の幅は2.7メートル以上か (経過措置あり：第15条「1.6メートル」)			
		3) 食堂面積	・療養型病床群の入院患者1人につき1平方メートル以上の広さがあるか			
		【ユニット型】				
		1) 病室	①一の病室の定員は一人か ※サービス提供上必要があれば2人可 ②入院患者1人につき10.65㎡以上か ※2人部屋の場合は、21.3㎡以上			
		2) 廊下	①片廊下の幅は1.8m以上か ②中廊下の幅は2.7m以上か			
		3) 共同生活室 (食堂面積)	①(共同生活室の床面積) ≥ (ユニット患者数) × 2㎡以上となっているか			
	7	主な掲示事項	①添付書類8の運営規程と記載内容が一致するか 1) 入院患者の定員(=「左のうち申請する病床数」) 2) 利用料(法定代理受領分) 3) 利用料(法定代理受領分以外) 4) その他の費用 ②その他記載事項に不備はないか			
	添 付 書 類	1	従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表 (参考様式2)	①添付されているか ②従業者の職種、員数及び勤務形態が確認できるか 医師 看護職員 介護職員 介護支援専門員等 ③その他記載事項に不備はないか		
		2	医師等の資格を有することを証する書類	①添付されているか(不足はないか) 医師 看護職員 介護支援専門員等 ②氏名等が鮮明に確認できるか		
		3	運営規程	①添付されているか ②基準第24条に規定された各項目について適切に記載されているか 1) 事業の目的及び運営の方針 2) 従業者の職種、員数及び職務内容 3) 入院患者の定員		

添付書類		4) 入院患者に対する指定介護療養施設サービスの内容及び利用料その他の費用の額		
		5) 施設の利用に当たっての留意事項		
		6) 非常災害対策		
		7) 苦情処理に関する事項		
		8) 虐待防止に関する事項		
		9) その他施設の運営に当たっての重要事項		
4	誓約書	①添付されているか		
5	介護支援専門員の氏名及びその登録番号	①総括票は添付されているか ②記入漏れはないか		

不適正と判断した項目の処理状況

受付番号		連絡年月日	平成 年 月 日
申請者		担当者	
事業所名		連絡相手方	

No.	不適正と判断した項目	連絡内容	補正完了
1			<ul style="list-style-type: none"> ・差し替え ・追加送付 ・その他 () 月 日完了
2			<ul style="list-style-type: none"> ・差し替え ・追加送付 ・その他 () 月 日完了
3			<ul style="list-style-type: none"> ・差し替え ・追加送付 ・その他 () 月 日完了
4			<ul style="list-style-type: none"> ・差し替え ・追加送付 ・その他 () 月 日完了
5			<ul style="list-style-type: none"> ・差し替え ・追加送付 ・その他 () 月 日完了
6			<ul style="list-style-type: none"> ・差し替え ・追加送付 ・その他 () 月 日完了
7			<ul style="list-style-type: none"> ・差し替え ・追加送付 ・その他 () 月 日完了
8			<ul style="list-style-type: none"> ・差し替え ・追加送付 ・その他 () 月 日完了