

ユニット型短期入所生活介護指定更新申請書 チェックリスト 審査済み

受付番号		審査年月日	
申請者		担当者	
事業所名			

様式	確認箇所	確認項目	適	不	理由	
第5号様式	1 申請(開設)者	①申請者は法人格を有しているか ②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 ③その他不備はないか				
	2 事業所等	①事業所名称が記載されているか ②その他不備はないか				
付表8	1 事業所	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 ③事業所連絡先の代表電話番号の記載はあるか ④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 ⑤管理者の氏名等は付表の記載と一致しているか。				
	2 当該事業の実施について定めてある条例等	①記載されているか ②条例等の条文と一致しているか				
	3 管理者	①兼務する職種(当該事業所の医師等を除く)がある場合、当該短期入所生活介護事業所の管理に支障がないものであるか ②管理者が当該事業所の医師等を兼ねる場合、「当該短期入所生活介護事業所で兼務する他の職種」欄に該当職種が記載されているか ③その他不備はないか				
	4 従業者	医師	○1人以上配置されているか(勤務形態は問わない)			
		生活相談員	①常勤換算後の人数が、利用者の数が100又はその端数を増すごとに一人以上 ②1人以上は常勤となっているか(専従・兼務の別は問わない) ※利用定員20人未満の併設事業所には適用されない			
		介護職員又は看護職員	①常勤換算後の人数が、利用者の数が3又はその端数を増すごとに一人以上 ②1人以上は常勤となっているか(専従・兼務の別は問わない) ※利用定員20人未満の併設事業所には適用されない			
			③昼間において、ユニットごとに常時1人以上の介護職員又は看護職員が配置されているか			
			④夜間及び深夜において、2ユニットごとに常時1人以上の介護職員又は看護職員が配置されているか			
		栄養士	⑤ユニットごとに常勤のユニットリーダーが配置されているか ⑥当該施設に2人以上のユニットリーダーが配置されているか ※2ユニット以下の施設の場合では1人でよい 1人以上配置されているか ※利用者が40人未満の場合、他施設の栄養士との連携を図ることにより効果的な運営が期待でき、利用者の処遇に支障がない場合は置かないことができる。			
	機能訓練指導員	1人以上配置されているか				
調理員その他の従業者	適当数配置されているか					

様式	確認箇所	確認項目	適	不	理由	
付表8	設備基準上の記載項目等					
	5	1 ユニット ・ 居室	①「1室あたりの最大定員」は1人以下とされているか ②「利用者1人あたり最小面積」は10.65㎡以上か			
		2 廊下	①片廊下の幅が1.8m以上となっているか(基準第140条の7①) ②中廊下の幅が2.7m以上となっているか(基準第140条の7②) ただし、アルコーブを設けること等により、利用者等の円滑な往来に支障がない場合は、1.8m(片廊下は1.5m)以上として差し支えない			
	6	主な掲示事項	①運営規程と記載内容が一致するか 1)利用定員 2)利用料 3)その他の費用 4)通常の送迎の実施地域 ②その他記載事項に不備はないか			
	7	協力医療機関	①記載内容が契約書の写しと一致するか			
	添付書類	1 申請者の登記事項証明書又は条例等	①添付されているか ②法人の実施する事業に「短期入所生活介護事業・介護予防短期入所生活介護事業」を実施する旨記載されているか ③条例等にあつては、公布したものの写しが添付されているか			
		2 特別養護老人ホームの認可証	①特別養護老人ホームに併設されている場合、添付されているか			
3 従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表		①添付されているか ②従業者の職種、員数及び勤務形態は、付表8の「従業者」欄の記載事項と一致するか ③常勤換算は適正に算出されているか ④その他記載事項に不備はないか ※事業開始予定日から4週間分、勤務時間ごとに記号(番号)を付し、その記号を記載してください ※ユニット毎の勤務がわかるように記載してください				
4 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) ②当該職種に必要とされる資格を証するものであるか 1)医師 2)生活相談員(社会福祉主事又はそれと同等以上の能力を周する者) 3)看護職員 4)栄養士 5)機能訓練指導員 ③氏名等が勤務形態一覧表と合致しているか。合致していない場合は、戸籍抄本の写し等姓の改正等が確認できる書類が添付されているか				

様式	確認箇所	確認項目	適	不	理由
添付書類	事業所の平面図				
	ユニット・居室	①「1室あたりの最大定員」は1人以下とされているか			
		②居室はいずれかのユニットに属するものとし、当該ユニットの共同生活室に近接して一体的に設けなければならない。			
		③ユニットの利用定員はおおむね10人以下かやむを得ず10人を超える場合は、総ユニットの半数以下となっているか(通知)			
		④「利用者1人あたり最小面積」は10.65㎡以上か ※居室内に洗面台があるか(ガイドライン) ※ユニットの入り口が玄関らしいしつらえ(のれんやユニット内の雰囲気わかる扉等)となっているか(ガイド) ※他のユニット入居者が、当該共同生活室を通過することなく、施設内の他の場所に移動できるか(共同生活室の通り抜け禁止)(ガイドライン) ※ショートステイ定員がユニットを組める人数である場合、単独ユニットとなっているか、またタンスなどの家具は施設側で用意されているか(ガイドライン)			
		⑤付表の記載内容と一致するか			
	共同生活室	①共同生活室の床面積は利用定員に2㎡を乗じた数値以上か			
		②共同生活室内に簡単な調理設備(キッチン)があるか(通知、ガイドライン) ※手を洗うことができる設備があるか(ガイドライン)			
	洗面設備	①居室ごと又は共同生活室ごとに適当数設けているか			
	5 便所	①居室ごと又は共同生活室ごとに適当数設けているか			
		※居室ごとにトイレを設ける場合でも、共同生活室内にも設けるのが望ましい(ガイドライン) ※居室ごとにトイレを設けない場合でも、3部屋に1つ以上設けることが望ましい(ガイドライン)			
	浴室	①要介護者が入浴するのに適したものとすること			
		※個別浴槽や臥位式機械浴槽があるか(ガイドライン)			
		②居室のある階ごとに設けられているか(通知) ※ユニットごとに身体機能の低下に配慮した個別浴槽等が設けられているか(ガイドライン)			
	医務室	医務室があるか			
	調理室	調理室があるか			
	洗濯室又は洗濯場	①洗濯室又は洗濯場があるか ※ユニットごと、もしくは隣接するユニットごとに洗濯機があること(ガイドライン) ※洗濯物を干すことができる屋外空間があるとよい(ガイドライン)			
①汚物処理室があるか ※ユニットごと、もしくは隣接するユニットごとに設けられているか(ガイドライン)					
汚物処理室	①汚物処理室があるか ※ユニットごと、もしくは隣接するユニットごとに設けられているか(ガイドライン)				
介護材料室	①介護材料室があるか				
廊下	①片廊下の幅が1.8m以上となっているか				
	②中廊下の幅が2.7m以上となっているか ただし、アルコーブを設けること等により、利用者等の円滑な往来に支障がない場合は、1.8m(片廊下は1.5m)以上として差し支えない				
	③付表の記載内容と一致するか				

様式	確認箇所	確認項目	適	不	理由	
添付書類	6	写真	①添付されているか ②事業所の各室等ごとに撮影されているか(ただし、同じ構造である部屋等は1カ所のみ) ③写真撮影位置がわかるよう写真と平面図に番号が記入されているか			
	7	建物の構造概要	①添付されているか ②6の設備について、各階ごとに部屋の種類、室数、面積等が記載されているか ③居室の定員及び利用者1人あたりの床面積は、付表の「設備基準上の記載項目等」に記載された数値と合致するか			
	8	事業所(施設)の設備の概要	①添付されているか ②常夜灯の設置、階段傾斜、非常用設備、傾斜路、エレベーターの設置状況等について記載されているか ※居室、機能訓練室、食堂、浴室及び静養室が2階以上にならない場合は傾斜路は不要。また、傾斜路が必要な場合でもエレベーターを設置すれば傾斜路は不要。			
	9	建築基準法上の検査済み証	①添付されているか			
	10	消防法上の検査済み証	①添付されているか			
	11	運営規程	①添付されているか ②以下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)利用定員(特別養護老人ホームの空床利用型である場合を除く) 4)ユニットの数及びユニットごとの利用定員(特別養護老人ホームの空床利用型である場合を除く) 5)指定短期入所生活介護の内容及び利用料その他の費用の額 6)通常の見送の実施地域 7)サービス利用に当たっての留意事項 8)緊急時における対応方法 9)非常災害対策 10)苦情処理に関する事項 11)虐待防止に関する事項 12)その他運営に関する重要事項			
	12	利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要	①添付されているか ②参考様式6に示された項目についての記載があるか ③その他記載事項に不備はないか			
	13	協力医療機関との契約の内容	①添付されているか(基準第136条参照) ②緊急時の対応、主な診療科目等について記載されているか			
	14	誓約書	①添付されているか ②代表印が押印されているか			

不適正と判断した項目の処理状況

受付番号		連絡年月日	
申請者		担当者	
事業所名		連絡相手先	

NO	不適正と判断した項目	連絡内容	補正完了
1			・差し替え ・追加送付 ・その他 () 月 日完了
2			・差し替え ・追加送付 ・その他 () 月 日完了
3			・差し替え ・追加送付 ・その他 () 月 日完了
4			・差し替え ・追加送付 ・その他 () 月 日完了
5			・差し替え ・追加送付 ・その他 () 月 日完了
6			・差し替え ・追加送付 ・その他 () 月 日完了
7			・差し替え ・追加送付 ・その他 () 月 日完了
8			・差し替え ・追加送付 ・その他 () 月 日完了
9			・差し替え ・追加送付 ・その他 () 月 日完了
10			・差し替え ・追加送付 ・その他 () 月 日完了