

10. 特定施設入居者生活介護の点検表【定員の増加】

※法人名	
※事業所の名称	
※連絡先	Tel

※内はご記入して持参ください。	1	2	3
点検日	/	/	/
対応職員			
※相談者名 (申請法人以外ならばその関係)			

※(点検を受ける前に)今後の制度改革の状況に十分注意し、県より補正依頼があった場合は迅速に対応しますか。(はい/いいえ)

書類	1	2	3	チェック内容
変更申請書				<input type="checkbox"/> 不一致の有無(名称・所在地・代表者・管理者・電話番号・FAX番号・添付書類などで間違った内容が記載されていないかどうか) <input type="checkbox"/> 郵便番号の間違い注意
指定に係る記載事項(付表10)				
本体施設の認可証等の写し				<input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム設置届の受理印あるもの <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅事業登録通知書
土地・建物が賃貸にあつてはその契約書の写し				<input type="checkbox"/> 法人所有の場合は所有が分かるもの(登記事項証明書の写し、納税通知書など) (※建物の新築、増築、移転に伴う場合に添付)
平面図(参考様式3)				<input type="checkbox"/> 建物の構造・耐火・準耐火の別 <input type="checkbox"/> 全室特定施設でない場合は、介護保険指定部分について色分け <input type="checkbox"/> 内法寸法で記載。介護居室、食堂・機能訓練室、浴室、便所、一時介護室(全室個室の場合はなしでも良い) <input type="checkbox"/> 車椅子で円滑に移動することが可能な空間と構造を有しているか(玄関、廊下、エレベーター、トイレなど) <input type="checkbox"/> 日照・採光・換気・衛生面に配慮されているか(窓、照明など) <input type="checkbox"/> 備品の充実(ナースコール、机、椅子、パソコン、通信機器など) <input type="checkbox"/> 防災等への配慮・非常災害設備など (※部屋等の広さの数値を記入。写真で確認するので、平面図に撮影した方向を記入。)
居室面積等一覧表(参考様式4)				
設備・備品等一覧表(参考様式5)				
主要な場所の写真(参考様式12)				<input type="checkbox"/> 建物外観、玄関、事務室、洗面所、相談室、上記設備及び備品、エレベーターなど <input type="checkbox"/> 上記の状況が分かる写真(なるべく多めに) (※増築や増室による場合は、当該増の部分分かる写真を添付のこと)
従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表(参考様式1) 【変更(予定)日を含む4週間分】				<input type="checkbox"/> 生活相談員は100人までは常勤換算方法で1人 <input type="checkbox"/> 介護職員又は看護職員が常勤換算で3:1以上 <input type="checkbox"/> 看護職員が30人までは1人、30人から50人ごとに1人ずつ増 <input type="checkbox"/> 機能訓練指導員1人 <input type="checkbox"/> 計画作成担当者1人 <input type="checkbox"/> 生活相談員・介護職・看護職それぞれ1は常勤 <input type="checkbox"/> 同一敷地内で他の業務に就く場合にあっては、兼務先の勤務表 <input type="checkbox"/> 介護予防特定施設入居者生活介護と併設の場合は原則として同一勤務表で可だが、その旨明記
当該事業所に勤務する介護支援専門員一覧 (参考様式10)				<input type="checkbox"/> (※過去に提出されたものと変わらない場合は省略可)
資格が必要な職種の資格証明書				<input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 機能訓練指導員 <input type="checkbox"/> 計画作成担当者については介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 法人の原本証明 <input type="checkbox"/> 氏名変更があれば、それが分かる公的な証明書(戸籍抄本等) (※過去に提出されたものは省略可)
運営規程				<input type="checkbox"/> 定員等、変更点に誤りはないか
協力医療機関との契約書等				<input type="checkbox"/> 診療科名
受託居宅サービス事業者が事業を行う事業所の名称及び所在地並びに当該事業者の名称及び所在地 (参考様式8-1、8-2)				<input type="checkbox"/>
消防計画				<input type="checkbox"/> 消防署の指導の有無 (※新たに消防計画が必要な場合に添付)

変更届出書				<input type="checkbox"/> 介護予防特定施設入居者生活介護事業所に係る定員の変更 (※添付資料は、変更申請のもので兼用)
-------	--	--	--	---

申 送 事 項	1)
	2)
	3)

※点検時には管理者の同席をお願いします。

注) 次回の点検にもこの用紙と一緒に提出してください。

※申請書の控え(コピー)は必ず事業所で保管してください。