令和２年５月版

介護老人保健施設の更新申請に必要な書類一覧（チェックリスト）

申請（開設）者名：　　　　　　　　　　　　　　　　事業所名：

※ 書類の提出前に、本チェックリストにより提出もれがないか確認の上、提出してください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 番号 | 提出書類 | 様式等 | チェック項目 |
| □ | １ | 更新申請に必要な書類一覧（チェックリスト） | 本様式 | □　すべての項目を確認し、チェックしたか |
| □ | ２ | 居宅サービス事業者等自主点検表（各サービス共通事項） | 別添３－１ | □　すべての項目を確認し、記載しているか |
| □ | ３ | 居宅サービス事業者等自主点検表（指定介護老人保健施設）（指定介護老人保健施設（ユニット）） | 別添３－２ | □　すべての項目を確認し、記載しているか※　ユニット型の場合は、ユニット型用の点検表を使用してください |
| □ | ４ | 指定（許可）更新申請書 | 規則第１８条関係 | □　申請書に印刷されている内容に誤りがないか□　申請年月日を記載しているか□　申請者、施設の情報が、履歴事項全部証明書（登記簿謄本）と一致しているか□　押印する印鑑は、法務局に登録されている法人代表者印を使用しているか□　記入担当者名、記入担当者連絡先を記載しているか※　送付された申請書に印刷されている内容に誤りがある場合は、朱書き修正するとともに、現行の施設サービスについて変更届を併せてご提出ください |
| □ | ５ | 介護老人保健施設の許可更新に係る記載事項（その１）（その２） | 付表１５ | ・記入例を参考に作成してください□　施設の名称、所在地が申請書、運営規程その他添付書類と一致しているか□　管理者が兼務する場合、その事業所等を記載しているか□　通所リハビリテーション、短期入所療養介護の実施の有無を丸で囲んでいるか□　入所者数（前年度の平均値）、一日当たりの通所総利用者数（前年度の平均値）を適切に記載しているか□　介護老人保健施設、通所リハビリテーションに従事するすべての職種について記載しているか□　常勤、非常勤の別に間違いないか□　職種ごとに必要な人数を満たしているか□　勤務形態一覧表、運営規程と一致しているか□　施設を共用する事業所等がある場合、記載しているか□　療養室、廊下幅、機能訓練室、食堂（共同生活室）の面積が居室（療養室）面積等一覧表と一致しているか□　入所定員は運営規程と一致しているか□　通所リハビリテーションの状況を正しく記載している　　か　□　職種ごとの人数を記載しているか□　常勤、非常勤の別に間違いないか　□　勤務形態一覧表、運営規程と一致しているか　□　専用の部屋等の面積が居室（療養室）面積等一覧表と一致しているか□　営業日、営業時間、利用定員、通常の事業実施地域が運営規程と一致しているか□　協力医療機関の名称、診療科目が契約書と一致しているか |
| 通所リハビリテーション事業所・介護予防通所リハビリテーション事業所の指定更新に係る記載事項（介護老人保健施設） | 付表７－２付表７－２の別紙２ | ・記載例を参考に作成してください□　事業所の名称、所在地が申請書、運営規程その他添付書類と一致しているか□　管理代行者が選任されている場合、記載しているか□　開設年月日、実施単位数を記載しているか□　実施単位数を記載しているか□　入所者数（前年度の平均値）、一日当たりの通所総利用者数（前年度の平均値）を適切に記載しているか□　職種ごとの人数を記載しているか□　常勤、非常勤の別に間違いないか□　勤務形態一覧表、運営規程と一致しているか□　専用の部屋等の面積が居室（療養室）面積等一覧表と一致しているか□　営業日、その他年間の休日、営業時間、延長時間、利用定員、通常の事業実施地域が運営規程と一致しているか□　別紙２も合わせて提出しているか　□　事業所名が運営規程その他添付書類と一致している　　か　□　単位別従業者の職種・人数が勤務形態一覧表、運営規程と一致しているか　□　単位別の営業時間、利用定員が運営規程と一致しているか |
| 短期入所療養介護事業所・介護予防短期入所療養介護事業所の指定更新に係る記載事項 | 付表９ | ・記載例を参考に作成してください□　事業所の名称、所在地が申請書、運営規程その他添付書類と一致しているか□　通常の送迎の実施地域が運営規程と一致しているか |
| □ | ６ | 法人履歴事項全部証明書（登記簿謄本）※ 今回の更新申請の前に、他の申請・届出等で原本を提出している場合は、その写しでも可 | 原本 | □　法人履歴事項全部証明書（登記簿謄本）の目的欄に申請する事業を実施する旨の記載があるか（変更される場合は、事前に法人所轄担当部署に相談ください）□　原本を提出しているか□　法人履歴事項全部証明書（登記簿謄本）の写しを提出する場合、証明日が更新申請日から概ね３ヶ月前までのものであるか |
| □ | ７ | 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表（介護老人保健施設及び短期入所療養介護）（更新申請書提出直近の給料支払月とその３ヶ月前の支給月分の２ヶ月分）（例：３月末提出の場合、２月と１１月分） | 参考様式１ | ・記入例を参考に作成してください□　管理者の勤務形態は、常勤であるか□　職種は、管理者、医師、薬剤師、看護職員、介護職員、支援相談員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、栄養士、介護支援専門員、調理員、事務員及びその他の従業者に区分して記載されているか□　他職種（支援相談員と介護支援専門員など）を兼務する場合は、それぞれに分けて記載しているか※　職種ごとに従事した時間がわかるように記載しているか□　職種ごとの従事者の数は、基準を満たしているか□　夜勤職員の数は、基準を満たしているか□　ユニット型について□　介護職員はユニット別に専任であるか□　ユニットごとにユニットリーダーが配置されているか□　昼間、夜間の配置が基準を満たしているか |
| 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表（通所リハビリテーション）（更新申請書提出直近の給料支払月とその３ヶ月前の支給月分の２ヶ月分） | 参考様式１ | ・記入例を参考に作成してください□　職種は、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、介護職員及びその他の従業者に区分して記載されているか□　他職種を兼務する場合は、それぞれに分けて記載しているか※　職種ごとに従事した時間がわかるように記載しているか□　職種ごとに従事者の数は、基準を満たしているか□　単位ごとに作成され、人員を配置しているか（医師を除く） |
| 当該施設に係る組織体制図（勤務体制及び勤務形態一覧表の提出月と合致する２ヶ月分）※ 兼務職員がいる場合、兼務している事業所の勤務形態一覧表も提出してください |  | □　指揮命令系統が分かるものであるか□　従業員名を記載しているか□　同一法人で介護保険事業を実施している場合に、兼務関係が明確にわかるものであるか□　通所リハビリテーションの組織図も記載されているか□　兼務している職員がいる場合、兼務先の事業所の勤務形態一覧表（７の様式）を添付しているか※　兼務先が介護サービス事業所以外で勤務形態一覧表が提出できないときは、兼務職員の勤務状況がわかる資料を提出ください※　勤務体制及び勤務形態一覧表の月と突合すること |
| □ | ８ | 従業者の資格証・登録証の写し（Ａ４より大きいサイズのものは、Ａ４サイズに縮小、原寸がＡ４以下のものは等倍でＡ４サイズの用紙にコピーしてください） |  | □　医師　医師免許証の写し□　薬剤師　薬剤師免許証の写し□　看護職員　看護師（准看護師）免許証の写し□　理学療法士、作業療法士、言語聴覚士　免許証の写し□　栄養士　管理栄養士登録証、栄養士免許証の写し□　介護支援専門員　登録証明証の写し□　ユニットリーダー※　ユニットケアリーダー研修終了証の写し（未受講の場合は、来年度までに受講する旨の誓約書＜任意様式＞を提出すること）□　資格者証の写しは、Ａ４サイズに統一しているか□　従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表に記載した氏名の順に並べているか（通所リハビリテーションの従業者を含む） |
| □ | ９ | 従業者の雇用契約書及び賃金台帳の写し（更新申請書提出直近の給料支払月とその３ヶ月前の支給月分の２ヶ月分） |  | ※　勤務体制及び勤務形態一覧表の月と突合すること（通所リハビリテーションの従業者を含む）※　常勤職員で契約書がない場合は、労働者台帳あるいは辞令の写しを添付してください |
| □ | １０ | 敷地の平面図建物の平面図（各フロアごと）※ Ａ４サイズでは小さい場合は、Ａ３サイズで提出してください |  | □　建物を含めた敷地全体の平面図であるか□　併設型事業所については、本体施設も含んだ施設全体の図面を添付しているか□　設置しなければならない設備が設置しているか○療養室　　○診察室　　○機能訓練室　　○談話室　○食堂（共同生活室）　　○浴室　　○洗面所○便所　　○サービス・ステーション　　○調理室　○レクリエーション・ルーム　　○洗濯室（洗濯場）○汚物処理室　□　各室の用途、寸法、面積及び出入り口や廊下の箇所、幅等が記載しているか□　平面図は建築図面等、縮尺が正確な図面を使用しているか |
| □ | １１ | 施設内の写真（カラー写真）施設の平面図（位置番号付き） |  | □　上記の建物の平面図（Ａ４サイズ）に撮影箇所、撮影のした方向、番号を記載しているか□　次の写真を添付しているか□　建物外観（２方向から）　　□　玄関□　エレベーター　　　　　　　□　療養室□　診察室　　　　　　　　　　□　機能訓練室□　談話室　　　　　　　　　 □　食堂（共同生活室）□　浴室　　　　　　　　　　　□　特殊浴槽等□　レクリエーション・ルーム　□　洗面所□　サービス・ステーション　　□　便所　　　　　　　　　　　□　調理室　　　　　　　　　　□　洗濯室（洗濯場）□　汚物処理室　　　　　　　　□　介護材料室□　事務室□　写真はＡ４サイズの台紙に貼付、印刷しているか※　デジカメデータのレイアウト印刷が望ましい□　建物の平面図の番号と写真の番号は、一致しているか |
| □ | １２ | 居室（療養室）面積等一覧表 | 参考様式４ | □　設置階ごとの面積別室数を記載されているか□　記載した居室（数、面積）が施設の平面図と一致しているか |
| □ | １３ | 設備一覧表 | 参考様式５ | □　設備の種類ごとに記載しているか |
| □ | １４ | 備品等一覧表 | 参考様式５ | □　当該施設で使用するベッド、食堂テーブル（椅子）、事務机、パソコン、ファクシミリ等の備品（１０万円以上）の台数を記載しているか |
| □ | １５ | 併設する施設の概要 | 参考様式９ | □　名称、施設種別、所在地、職員の配置状況等を正確に記載しているか |
| □ | １６ | 共用部分における利用計画の概要 | 参考様式１０ | □　共用先の施設名、施設種別、設備名を正確に記載しているか□　平面図に図示しているか |
| □ | １７ | 案内図（近隣見取り図） |  | □　鉄道の駅、小学校等目標となる所から事業所までの案内図を作成しているか※　パンフレット等を作成している場合は添付 |
| □ | １８ | 運営規程（①介護老人保健施設、②短期入所療養介護、③通所リハビリテーションの順に並べてください） |  | □　事業の種別（介護老人保健施設、短期入所療養介護及び通所リハビリテーション）ごとに作成しているか□　次の内容を具体的に記載しているか　□　施設の目的及び運営の方針　□　従業者の職種、員数及び職務内容　□　通所リハビリテーションの営業日、営業時間、その他の年間の休日、延長時間□　入所定員　　※　介護老人保健施設ユニット型の場合、ユニットの数及びユニットご　との入所定員※　通所リハビリテーションの単位数、利用定員□　サービスの内容及び利用料その他費用の額　□　サービスの内容　　□　利用料金表□　食事の提供に要する費用□　居住（滞在）に要する費用□　特別な療養室の提供に要する費用□　特別な食事の提供に要する費用□　送迎に要する費用（老健を除く）□　理美容代□　日常生活費　　□　通常の送迎（事業）の実施地域（老健を除く）□　施設の利用に当たっての留意事項　　□　入所生活上のルール□　設備の利用上の留意事項□　非常災害対策　　□　その他運営に関する重要事項　　□　緊急やむを得ない場合に身体拘束等を行う際の手続き□　付表の記載内容と一致しているか |
| □ | １９ | 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要 | 参考様式６ | ・記載例を参考に作成してください□　利用者からの相談又は苦情等に対応する常設の窓口を設けているか□　施設の従事者から担当者を選任しているか□　処理体制や手順は適切であるか□　公的機関の相談窓口を示しているか　□　福岡県国民健康保険団体連合会□　市内の各区役所※　必ず全区記載してください□　通常の事業の実施地域に市外の地域が含まれる場合は、その市外の市町村窓口を記載しているか |
| □ | ２０ | サービス提供実施単位一覧表 | 参考様式１１ | □　曜日ごとにサービス提供単位の状況を記載しているか |
| □ | ２１ | 財務諸表等※ 更新申請に係る事業の収支が把握できるもの |  | □　介護保険と医療保険の会計を区分しているか□　介護保健施設サービスの事業の会計とそのほかの事業の会計を区分しているか※　直近の財務諸表を提出してください |
| □ | ２２ | 損害を賠償すべき事故等の発生時に対応できることを証する書類 |  | □　損害賠償責任保険等の証書の写しを添付しているか |
| □ | ２３ | 協力医療機関（協力歯科医療機関）との契約の内容 |  | □　協力医療機関との契約書の写しを添付しているか□　夜間・休日等緊急時対応について記載しているか□　入院時の対応について記載しているか□　協力歯科医療機関との契約書の写しを添付しているか |
| □ | ２４ | 誓約書（介護保険法第７０条第２項各号等に該当しないこと） | 様式１ | □　北九州市のホームページに現在掲載されている最新の様式を使用しているか□　偽りなく記載されているか□　法人所在地及び名称、代表者の職氏名を記載し、法人代表印が押印されているか□　誓約書の日付が記載されているか□　誓約書欄と別記部分とが両面印刷されているか |
| □ | ２５ | 誓約書（暴力団排除） | 様式２ | □　北九州市のホームページに現在掲載されている最新の様式を使用しているか□　偽りなく記載されているか□　法人所在地及び名称、代表者の職氏名を記載し、法人代表印が押印されているか□　全ての役員等について記載されているか（当該施設の管理者も記入しているか）□　誓約書の日付が記載されているか□　誓約書欄と別記部分とが両面印刷されているか |
| □ | ２６ | 土地、建物又は事業所の使用権原を証明することのできる書類 |  | □　土地、建物を申請者が所有している場合、それぞれの登記事項全部証明書の写しを添付しているか□　借地の場合、土地賃貸借契約書等及び賃借料の支払の確認ができる書類の写しを添付しているか（更新申請書提出直近の領収書あるいは通帳等の写し）□　建物を借りている場合は、建物賃貸借契約書等及び家賃の支払の確認ができる書類（更新申請書提出直近の月の領収書や通帳等の写し）を添付しているか |
| □ | ２７ | 検査済証の写し |  | □　建築基準法における検査済証の写しを添付している　　　　か　□　建築物　□　昇降機（エレベーター）　※　昇降機（エレベーター）の検査済証の写しは、設置台数分をすべて添付してください |
| □ | ２８ | 昇降機の定期検査済証の写し |  | □　昇降機の定期検査済証を添付しているか　※直近のもの |
| □ | ２９ | 消防署の立入検査（査察）結果の写し |  | □　消防法における消防署の立入検査（査察）結果の写し（直近のもの）が添付されているかただし、消防署の立入検査の結果、指摘事項がない等で立入検査結果を文書にて受けていない場合は、その旨の申立書（任意様式）でかまいません。 |
| □ | ３０ | 介護給付費算定に係る体制等状況一覧表 | 別添２ | □介護給付費算定に係る体制等状況一覧表を提出しているか□必要書類一覧も合わせて添付しているか□運営規程、利用料金表、勤務体制表等、更新申請書添付書類と一致しているか□添付書類を提出しているか※　更新申請書と重複する書類は添付不要 |
| □ | ３１ | 変更届出書※ 該当事業所のみ提出してください | 別添１ | ※　介護保険法施行規則第１３７条に係る項目に変更がある場合は変更届け出書を提出してください |
| □ | ３２ | 指定等審査事務手数料（領収書の写し） | 市の納付書で納付 | □　指定等審査事務手数料を納付し、領収書の写しを提出しているか |
| □ | ３３ | パンフレット |  | □　事業所で制作したパンフレット等があれば、１部添付してください |
| □ |  | インデックス等 |  | □　チェックリストの番号順に書類を並べているか□　番号入りのインデックスをつけているか□　書類左側に２穴で綴っているか |

※更新申請書を受け付けた後、審査等事務手数料の納付書を郵送しますので、当該納付書にて納めてください。