**事業者用チェック表**

介護予防・日常生活支援総合事業（訪問型サービスＡ）

指定事業者指定更新チェックリスト

　＜令和4年4月改正版＞

|  |  |
| --- | --- |
| 担 当 者 | 担 当 者 |
|  |  |

申請書（様式第１号）

YES 　NO

［申請者］

(1) 名称、所在地、連絡先、代表者職・氏名・住所が登記簿謄本と一致しているか。

YES 　NO

［事業所の種類］

(1) 名称、所在地、事業所番号に誤りがないか。

(2) 実施するすべての事業に〇が付いているか。

(3) 既に指定を受けている事業の指定年月日の欄に記載があるか。

(4) 訪問介護又は訪問介護相当サービスの指定を併せて受けており、一体的にサービス提供を行っているか。

**※一体的なサービス提供を行っている事業所については、以下のチェック中、※印の基準についても確認を行うこと。**

付表１

YES 　NO

［事業所］

(1) 名称、所在地、連絡先が市への届出内容と一致しているか。

(2) 一致していない場合、変更届が提出されているか。

YES 　NO

［管理者］

(1) 専従の管理者がいるか。（管理上支障がない場合は、その他の業務に従事できる。）

(2) その他の業務に従事する場合は、兼務する他の職種が記載されているか。

(3) 同一敷地内にある他の事業所又は施設の職務と兼務する場合、兼務する事業所等の名称、兼務する職種及び勤務時間が記載されているか。

一体型

**※訪問介護又は訪問介護相当サービスの指定を併せて受けており、一体的にサービス提供を行っている事業所については、常勤かつ専従の管理者がいるか。**

[訪問型サービスＡ事業責任者]

単独型

YES 　NO

(1) 責任者の氏名、住所が記載されているか。

【訪問型サービスＡ事業責任者の人員基準】

従業者のうち、利用者40人ごとに1人以上

【訪問型サービスＡ事業責任者の資格要件】

介護福祉士、介護職員初任者研修等修了者

**※[サービス提供責任者]**

一体型

YES 　NO

**訪問介護又は訪問介護相当サービスの指定を併せて受けており、一体的にサービス提供を行っている事業所については、それらの事業所の訪問介護員等を充てることが出来る。ただし、指定訪問介護、旧介護予防訪問介護または訪問介護相当サービスのサービス提供責任者の職にあるものを除く。**

**また、訪問型サービスＡ事業責任者に代えて、サービス提供責任者の員数の基準を満たすことをもって、訪問型サービスＡ事業責任者の配置基準を満たしているものとみなすことができる。**

**【サービス提供責任者の人員基準】**

**常勤の訪問介護員のうち、利用者40人ごとに1人以上（常勤換算方法による）**

**【サービス提供責任者の資格要件】**

**介護福祉士、実務研修修了者、旧介護職員基礎研修修了者、旧訪問介護員養成研修一級課程修了者**

［訪問型サービスＡ従事者］

単独型

YES 　NO

(1) 人数（常勤、非常勤、専従、兼務）が、勤務形態一覧表と一致しているか。

(2) 訪問型サービスＡ従事者の常勤換算後の人数は基準上の必要人員2.5人以上配置しているか。

【訪問型サービスＡ従事者の資格要件】

介護福祉士、介護職員初任者研修等修了者

(3) 従事者の人数は、運営規程の内容と一致しているか。

**※［訪問介護員］**

一体型

**訪問介護又は訪問介護相当サービスの指定を併せて受けており、一体的にサービス提供を行っている事業所については、訪問型サービスＡ従事者の配置に代えて、訪問介護員の常勤換算後の人数は基準上の必要人員2.5人以上配置しているか。**

**【訪問介護員の資格要件】**

**介護福祉士、介護職員初任者研修等修了者、実務研修修了者、生活援助従事者研修 修了者、旧介護職員基礎研修修了者、旧訪問介護員養成研修一級課程修了者**

［主な掲示事項］

YES 　NO

(1) 営業日、その他の年間休日、営業時間、通常の事業実施地域は、運営規程の内容と一致しているか。

(2) 営業日は、勤務形態一覧表の営業日と一致しているか。

(3) 利用料、その他の費用は、「別途運営規程に定める料金表のとおり」と記載されているか。

添付資料

有 　無

［登記事項証明書又は条例等］

YES 　NO

(1) 介護予防・日常生活支援総合事業（第1号事業）を実施する旨の記載があるか。条例の場合、公報の写し、規則・要項の場合その写しが添付されているか。

(2) (1)の手続きが終了していない場合、理事会等の議事録に、介護予防・日常生活支援総合事業（第1号事業）を行う旨を議決したことが記載されているか。

有 　無

YES 　NO

[組織図]

　　(1) 事業者の組織体系が確認できるか。

(2) 管理者が同一敷地内にある他の事業所又は施設の職務と兼務する場合、組織体系図に兼務がわかるよう記載されているか。

有 　無

YES 　NO

［従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表］

(1) 管理者、訪問型サービスＡ事業責任者（またはサービス提供責任者）、訪問型サービスＡ従事者（または訪問介護員）全員の勤務形態、氏名、毎日勤務すべき時間等が記載されているか。（4週間分）

(2) 他の業務と兼務する場合、職種ごとに従事する時間等が記入されているか。

(3) 付表の従業者数と差異はないか。

(4) 訪問型サービスＡ従事者（または訪問介護員）の配置は適正か。

(5) 雇用契約書の写しが添付されているか。

有 　無

［事業所の平面図］

YES 　NO

(1) 用途、面積、備品等の配置が明示されているか。

(2) 必要な広さを有する専用の区画を有するか。（専用の事務室（区画が明確ならば他事業と供用可）、利用申込みの受付、相談等に要するスペース）

(3) 他の事業等の施設の一部を利用する場合、介護予防・日常生活支援総合事業と他の事業等との使用関係がわかる平面図であるか。

有 　無

［運営規程］

YES 　NO

(1) 次の項目が規定されているか。

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)営業日及び営業時間（年間の休日を含める）

4)介護予防・日常生活支援総合事業の提供方法、内容（利用者相談を受ける場所、使用する課題分析票の種類、サービス担当者会議の開催場所、従事者の居宅訪問頻度等）及び利用料その他の費用の額

5)通常の事業の実施地域

6)虐待の防止のための措置に関する事項(令和6年4月1日まで経過措置)

7)その他の運営に関する重要事項

有 　無

［利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要］

YES 　NO

(1) 常設の窓口（連絡先）、担当者が設置されているか。

(2) 円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制、手順が定められているか。

(3) 苦情があったサービス事業者に対する対応方針等が定められているか。

(4) その他参考事項

有 　無

［関係市町村並びに他の保健医療・福祉サービスの提供主体との連携の内容］

YES 　NO

(1) 関係市町村との連携の内容

サービス提供前の受給資格の確認、利用者に関する通知、事故発生時の対応等が定められているか。

(2) 他の保健医療・福祉サービス提供主体との連携の内容

サービス提供困難時の対応、指定居宅サービス事業者との連携、介護保険施設との連携、事故発生時の対応等が定められているか。

　　(3) その他参考事項

有 　無

［誓約書］

YES 　NO

(1) 法人の印が押印されているか。

(2) 該当する欄に〇が付いており、欠格事項に該当していないことが確認されているか。

YES 　NO

有 　無

[消防計画等非常災害に関する具体的な計画]

　　(1) 非常災害（災害、風水害、地震等）対応に係るマニュアルがあるか。

　　(2) 非常災害時の連絡体制が定められているか。

　　(3) 防火管理に関する責任者が定められているか。

　　(4) 消化・避難訓練の実施について定められているか。

有 　無

［感染症対策等の衛生管理における対応方法の概要］

YES 　NO

(1) 感染症の予防、発生時の対応マニュアルが定められているか。

有 　無

［その他指定に関し必要と定める書類］