**事業者用チェック表**

介護予防・日常生活支援総合事業（通所介護相当サービス）

指定事業者指定更新チェックリスト

　＜令和4年4月版＞

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

申請書（様式第１号）

［申請者］

YES 　NO

(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。

［事業所の種類］

YES 　NO

(1) 名称、所在地、事業所番号に誤りはないか。

(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。

付表２

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) 専従かつ常勤の管理者がいるか。（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護時間が記載されているか。

［従業者］

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) 介護職員がサービス提供の単位ごとに、サービス提供時間内に基準以上配置され

ているか。

【人員基準】※サービス提供の単位ごとに確認

利用者15人まで：事業所ごとに、1名以上配置しているか。

利用者16人以上：専従1名に加えて、15人を超える利用者数を5で除して得た

数を加えた数以上の専従者

(3) 生活相談員が、サービスを実施する日ごとに、サービスを実施する時間帯に

おいて生活相談員が勤務する時間数を合計した数を当該事業を実施する時間帯

の時間数で除した数が1以上となる数を配置しているか。

(4) 生活相談員または介護職員のうち1人以上は常勤であるか。

(5) 看護職員がサービス提供の単位ごとに、専従で1人以上配置されているか。

※利用定員が10名を超える施設のみ配置が必要。

(6) 機能訓練指導員が事業所ごとに、1人以上配置されているか。（常時配置は不要）

(7) 従業者の人数は、運営規程の内容と一致しているか。

YES 　NO

[食堂及び機能訓練室の合計面積]

　　(1) 平面図に記載された面積と一致しているか。

　　(2) 合計面積は3㎡に利用定員を乗じて得た面積以上であるか。

［主な掲示事項］

YES 　NO

(1) 定員、営業日、その他年間の休日、営業時間、通常の事業実施地域は、運営規定の内容と一致しているか。

(2) 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

［組織図］

YES 　NO

(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

［従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表］

YES 　NO

(1) サービス提供の単位ごとに勤務形態一覧表が作成されているか。

(2) 管理者、従業員全員の勤務形態、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）

(3) 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。

(4) 付表の従業者数と差異はないか。

(5) 介護職員の配置は適正か。

(6) 生活相談員の配置は適正か。

【資格基準】

社会福祉士、社会福祉主事、介護福祉士、精神保健福祉士、介護支援専門員

(7) 看護職員の配置は適正か。

※10人以下の施設において看護職員が配置されている場合は、介護職員としてカウントする。

【資格基準】

看護師又は准看護師

YES 　NO

(8) 機能訓練指導員の配置は適正か。

【資格基準】

理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師、

あん摩マッサージ指圧師、はり師又はきゅう師は６カ月の実務経験が必要

(9) 雇用契約書の写しが添付されているか。

(10) 資格が必要な職種の資格証の写しが添付されているか。（裏面には、本人の署名、押印がされているか。）

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) 他の事業等の施設の一部を利用する場合は、他の事業等との使用関係がわかる平面図であるか。

(3) 食堂・機能訓練室・静養室・相談室・事務室が設置されているか。

※居間・機能訓練室は同一の場所でも可

(4) 消火設備その他の非常災害に際して必要な設備が設けられているか。

有 　無

［土地及び建物登記簿謄本、賃貸借契約書等］

YES 　NO

(1) 土地建物は、更新後の指定の有効期間満了日まで確保されているか。

有 　無

［運営規程、利用契約書、重要事項説明書等］

YES 　NO

(1) 運営規程に、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

4)介護予防通所介護の利用定員

5)介護予防通所介護の内容及び利用料その他の費用の額

6)通常の事業の実施地域

7)サービス利用に当たっての留意事項

8)緊急時等における対応方法

　　　　9)非常災害対策

　　　　10)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)

　　　　11)運営に関する重要事項

　　(2) 利用契約書は不適切な内容、利用者に不利な内容となっていないか。

　　(3) 重要事項説明書は、運営規程に記載された内容に沿っているか。

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。

有 　無

［併設する施設の概要］

YES 　NO

(1) 併設する事業所の概要が正確に記載されているか。

※併設する事業所が無い場合は提出不要

有 　無

［施設を併用の場合の利用計画］

YES 　NO

(1) 施設の利用計画の内容は適正か。

※施設を併用しない場合は提出不要

有 　無

［損害賠償保険証書の写し］

YES 　NO

(1) 有効な損害賠償保険に加入しているか。

(2) 補償の内容は適切であるか。

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。

有 　無

［消防計画等非常災害に関する具体的な計画］

YES 　NO

(1) 非常災害（火災、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］