指定第１号訪問介護事業所の指定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：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 提出書類 | 様式等 | チェック項目 |
| □ | 指定申請書 | 様式第１号 | □　申請（開設）者名称、代表者職氏名・住所が登記簿謄本と一致しているか  □　実施事業、事業開始予定年月日等が正しく記入されているか事業所によってまちまちだが、不問  □　事業所名称、所在地、電話番号が付表、運営規程と一致しているか  □　記入担当者名が記入されているか |
| □ | 訪問型サービス事業所の指定に係る記載事項 | 付表１ | □　実施事業と付表が一致しているか  □　管理者氏名、住所が管理者の経歴書と一致しているか、またその住所は自宅のものか  □　管理者が兼務する場合の記入をしているか  □　利用者数の記載なくても不問  □　訪問介護員等の勤務形態毎の人数が、勤務形態一覧表、運営規程と一致しているか  □　訪問介護員等の常勤換算数が勤務形態一覧表と一致しているか  □　祝日の営業の有無、その他の年間の休日を含めて、営業日は運営規程と一致しているか  □　営業時間は運営規程と一致しているか、訪問介護サービス対応時間を記載しているか  □　通常の事業の実施地域が運営規程と一致しているか |
| □ | 誓約書及び役員等名簿 | 様式第1号2 | □　偽りなく記載されているか  □　誓約書の日付が記載されているか  □　役員等の名簿に記載漏れがないか |
|  | （市外の場合）  指定通知又は指定申請の写し |  | □　第一号訪問事業（介護予防訪問介護相当）のものか  　※介護、緩和型等では不可 |
| □ | 法人登記簿謄本（写しで可） | ※前回から変更ない場合は省略可能 | □　申請事業を実施する旨の記載があるか  □　社会福祉法人、医療法人、ＮＰＯ法人等で、事業目的未登記の場合は、定款変更認可書が添付されているか  ※他事業で原本を提出している場合は写しで可。その場合、原本を添付した事業所の事業所番号、事業所名を余白に記入してください |
| □ | 運営規程 |  | □　以下の内容が具体的に記載されているか  □　事業の目的及び運営の方針  □　従業者の職種、員数及び職務内容  □　営業日及び営業時間  □　指定訪問介護の提供方法、内容及び利用料その他費用の額  □　通常の事業の実施地域  　（少なくとも「筑後市」があること）  □　緊急時等における対応方法  □　職員研修等の内容  □　従業者の守秘義務  □　虐待の防止のための措置に関する事項（★）  □　その他運営に関する重要事項  □　営業時間については、事業所を開けている時間帯と訪問介護サービス対応が可能な時間帯の両方を記載しているか  □　利用料金については、利用者に説明するための利用料金表が添付されているか  　※必ず別表である必要はない  □　記録の保存期間（明記する義務は無い）  　「２年」だけでは不可 |
| □ | 重要事項説明書 |  | □　運営規程の必要項目が網羅され、かつ利用者及びその家族に分かりやすい表現となっているか |
| □ | 利用契約書の様式 |  | □　個人情報の利用についての説明及び利用の同意を求めているか |
| □ | 土地・建物の登記簿謄本  もしくは  土地・建物の賃貸借契約書の写し | ※前回から変更ない場合は省略可能 | * 所有者は申請者名義または貸主名義になっているか   （賃貸の場合）  □　第１号訪問事業を提供する上で、適当な期間となっているか |
| □ | 管理者経歴書 | 様式１  ※前回から変更ない場合は省略可能 | * 氏名、住所、電話番号、生年月日、主な職   歴等が正確に記入されているか  ・介護関係の職歴については、開設法人名及び事業所名を記載のこと  □　申請時までの経歴が省略なく記載されているか |
| □ | サービス提供責任者経歴書 | 様式２  ※前回から変更ない場合は省略可能 | □　氏名、住所、電話番号、生年月日、主な職歴等が正確に記入されているか  ・介護関係の職歴については、開設法人名及び事業所名を記載のこと  □　申請時までの経歴が省略なく記載されているか |
| □ | 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表 | 様式３ | ・　職種は、管理者・サービス提供責任者・訪問介護員・その他（事務員等）に区分して記載  ・　常勤換算は、管理者・その他（事務員等）を除き、サービス提供責任者を含む訪問介護員等の勤務延時間数により換算する  □　管理者は常勤か  □　訪問介護員等の数が基準を満たしているか  ・　管理者としての勤務時間数を除き、常勤換算方法で２．５名以上   * サービス提供責任者が基準を満たしているか   ・　事業の規模に応じて１人以上の者をサービス提供責任者としなければならないこと  ・　常勤かつ専従（当該事業所の管理者との兼務を除く）を基本とすること  ・　非常勤のサービス提供責任者を配置する場合  　①　１人を超えるサービス提供責任者を配置しなければならない事業所においては、原則として１人分のみ常勤換算を可能とする(１人分以外は常勤者)  ②　５人を超えるサービス提供責任者を配置しなければならない事業所においては、サービス提供責任者の３分の２以上を常勤者とすること  ③　①、②の場合、非常勤のサービス提供責任者については、当該事業所における勤務時間が、当該事業所において定められている常勤の従業者が勤務すべき時間数の２分の１に達していること  ※　具体的な計算例については、「指定居宅サービス等及び指定介護予防サービスに関する基準について（第三の一の１(2)②及び別表一）」及び介護保険最新情報Vol.69の「平成２１年４月改定関係Ｑ＆Ａ（Vol.1）について」問35を参照すること  ・　訪問介護員養成研修１級課程修了者、介護職員基礎研修課程修了者もしくは介護福祉士、看護師、准看護師の資格を有しているか |
| □ | 雇用（予定）証明書 | 様式９  ※前回から変更ない場合は省略可能 | * 開設（申請）者及び代表者の職氏名が記載されているか   □　従事すべき業務の範囲は、兼務の場合すべての職種が記入されているか  □　勤務体制及び勤務形態一覧表と突合するか |
| □ | 各職種従業者の資格証書の写し等  ※Ａ４より大きいサイズのものは、Ａ４サイズに縮小コピーしてください | すでに提出済みの方の資格証等は省略可能 | □　訪問介護員の資格を証するもの（看護師・准看護師免許証、介護福祉士登録証、訪問介護員養成研修修了証等）の写しを添付しているか  　(注)介護福祉士国家試験合格証書は不可  □　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 |
| □ | 組織体制図  **※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下さい。** |  | * 当該申請事業所以外に介護サービス事業を実施し、その事業所との間に兼務職員がいる場合には、兼務関係が明確にわかるように作成しているか（従業者名を記載しているか） * 他の事業所との間に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場合、兼務職員の勤務状況が分かる資料を提出してください。 |
| □ | 事業所の平面図 | 様式５  ※前回から変更ない場合は省略可能 | □（市外の場合）  　　他市のコピーで可としているため、設備は不問  □　当該事業に使用する箇所（事務室、相談室、手指洗浄設備としての洗面所等）及び備品の配置がわかるように作成されているか  □　訪問介護事業専用区画を有しているか  □　事業所内部の備品配置等、レイアウトが示されているか  □　複合施設（住居兼用を含む）の場合は、訪問介護事業所専用部分を表示した、施設全体の平面図を提出すること |
| □ | 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要 | 様式７  ※前回から変更ない場合は省略可能 | □　常設の窓口が設けられているか  □　事業所のスタッフから担当者を選任しているか  □　処理体制や手順が適切か |
| □ | 損害保険証書の写し（事故発生時の賠償） |  | □　損害賠償保険証書の写し（手続き中の場合は、申込書及び領収書の写し）が添付されているか  □　提出できない場合の理由書（法人代表者の署名・捺印・提出予定日記載）の提出があるか |
| □ | 第一号事業支給費算定に係る体制等状況一覧表 | 様式８ | □　運営規程、利用料金表、勤務体制表等、指定申請書類と整合しているか  □　その他記載漏れはないか |
| □ | （★）業務継続計画の策定 |  | □感染症や非常災害の発生時において、非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画を策定しているか。  □当該計画を周知し、研修及び訓練を実施しているか。 |
| □ | （★）衛生管理等 |  | □事業所において、感染症が発生し、又はまん延しないように感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会を設置しているか  □指針を整備しているか  □研修及び訓練を行う予定であるか。 |
| □ | チェックリスト | 当該様式 | □　すべての項目と申請書類をチェックしてチェックを入れたか |

（注）（★）については、令和６年３月３１日までは努力義務です