**指定第１号通所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）**

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  □　事業所名称、所在地、電話番号が  付表２・運営規程と一致しているか  □　記入担当者名が分かるか  　　（申請書・記載事項に記載欄ないため、持参の場合、担当者を聞いておく）  　　電子申請の場合、別途ある記入者の情報がある |
| □ | 通所型サービス事業所の指定に係る記載事項 | 付表２ | □　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がなされているか  □　食堂及び機能訓練室の合計面積が基準（３㎡×利用定員以上）を満たし、かつ、平面図の求積表と一致しているか  □　単位別従業者欄、勤務体制一覧表、運営規程の従業者数に齟齬がないか  □　下記の項目が運営規程と一致しているか　□　利用定員  □　営業日、営業時間  □　サービス提供時間  □　その他の年間の休日 |
| □ | 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 |
| □ | 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 |
| □ | （市外の場合）  指定通知又は指定申請の写し |  | □　第一号通所事業（介護予防通所介護相当）のものか  　※介護、緩和型等では不可 |
| □ | 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  　　　　□　サービス提供時間  　　　　□　その他の年間の休日  　　　　□　延長時間（時間延長する場合）  □　第１号通所事業の利用定員  □　第１号通所事業の内容及び利用料その他の費用の額  □　利用料金表  □　食事の提供に要する費用  □　日常生活費  □　通常の事業の実施地域  　　□　「筑後市」  □　サービス利用に当たっての留意事項  □　緊急時等における対応方法  □　非常災害対策  　　□　「非常災害に関する具体的計画」の写しの添付があるか  □　虐待の防止のための措置に関する事  　　項（★）  □　職員研修等の内容  □　従業者の守秘義務  □　入浴、食事の有無等のサービス内容が記載されているか  □　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号通所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 |
| □ | 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表 | 様式３ | * 勤務表は実施単位ごとにあるか * 管理者は常勤か * 管理者兼生活相談員兼介護職員のように3つの役を兼務していないか * 兼務する者の、兼務する職種が記載されているか   【利用定員が10名を超える場合】  □　生活相談員・介護職員を営業日ごとにサービス提.供時間を通じて専ら配置しているか  □　看護職員を単位ごとに専ら１以上配置しているか  □　介護職員の数が基準を満たしているか  　　平均提供時間数（　　　　　　　）…①  　　※利用者ごとの提供時間数の合計÷利用者数  　□利用者数15人まで  　　単位ごとに確保すべき勤務延時間数＝①  　　※勤務延時間数＝介護職員の勤務時間の合計  　□利用者数16人以上  　　単位ごとに確保すべき勤務延時間数  　　＝（（利用者数-15）÷5＋1）×①  □　機能訓練指導員を配置しているか  □　生活相談員又は介護職員のうち１名以上が常勤か  【利用定員が10名以下の場合】   * 生活相談員を営業日ごとにサービス提供時間を通じて専従で1名配置しているか * 介護職員又は看護職員をサービス提供時間を通じて専ら配置しているか   　　　営業日ごとに、当該指定第１号通所事業を提供している時間帯に看護職員又は介護職員が勤務している時間数の合計数を提供単位時間数で除して得た数が1以上か   * 機能訓練指導員を配置しているか * 生活相談員又は介護職員又は看護職員が常勤か |
| □ | 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 | すでに提出済みの方の資格証等は省略可能 | □　生活相談員は下記の資格証等のうちいずれかが添付されているか  □　社会福祉士登録証の写し  □　精神保健福祉士登録証の写し  □　社会福祉主事資格取得証明書  □　介護福祉士登録証の写し  □　介護支援専門員証の写し  □　医療機関や社会福祉施設での相談業務の経験が記載された経歴書  □　看護職員は看護師（准看護師）の免許証等の写しが添付されているか  □　機能訓練指導員は下記の資格証の写しのうちいずれかが添付されているか  □　理学療法士  □　作業療法士  □　言語聴覚士  □　看護師（准看護師）  □　柔道整復師  □　あん摩マッサージ指圧師 |
| □ | 組織体制図 |  | □　同一法人において当該第１号通所事業所以外に介護保険事業を実施している場合に、組織体制図が添付されているか（兼務関係が明確にわかるように作成されているか）  □　他の事業所との兼務職員がいる場合に、他の事業所の勤務表が添付されているか |
| □ | 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 | □　当該事業で使用する箇所（食堂、機能訓練室、静養室、相談室、事務室等）及び消火設備等の配置、各部屋の面積がわかるように作成されているか  □　寸法は内寸で記入されているか  □　相談室がプライバシー保護に配慮された構造になっているか  □　静養室、相談室が２階にないか（エレベーター等で対応していれば可）  □　食堂及び機能訓練室は３㎡×利用定員以上となっているか |
| □ | 設備・備品等に係る一覧表 | 様式６  ※前回から変更ない場合は省略可能 | □　必要箇所に記載漏れがないか |
| □ | 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が選任されているか  □　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 |
| □ | 介護給付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 |
| □ | 「非常災害に関する具体的計画」の写し |  | * 防火管理者もしくは防火管理者を置かなくてもよい事業所においては、防火管理についての責任者を定めているか * 運営規程の非常災害対策の内容と相違ないか * 火災だけではなく地震や風水害等についても定めているか |
| □ | （★）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 |

　　　（★）については、令和６年３月３１日までは努力義務