

審査済

訪問入浴介護事業者指定申請書 チェックリスト

| |
|--|
| |
|--|

| | | | | | |
|------|--|-------|---|---|---|
| 受付番号 | | 審査年月日 | 年 | 月 | 日 |
| 申請者 | | 担当者 | | | |
| 事業所名 | | | | | |

| 課 | 確認箇所 | 確認項目 | 適 | 不 | 理由 |
|-------|--------------------|---|--|---|----|
| 第4号様式 | 1 申請（開設）者 | ①申請者は法人格を有しているか ②主たる事務所の所在地には、番地名、ビルの名称まで記載されているか ③その他不備はないか | | | |
| | 付表 | 1 事業所 | ①事業所の名称及び所在地は参考様式20「建物所有誓約書」または「賃貸借契約書」（賃貸物件の場合）と合致するか ②その他不備はないか | | |
| 2 | 2 条例等の条文 | 条例等の条文と一致するか | | | |
| | 3 管理者 | ①兼務する職種（当該事業所の訪問入浴介護従事者を除く）がある場合、当該職種は指定訪問入浴介護事業所の管理に支障がないものであるか（基準§46関係） ※支障があると認められる例→当該事業所以外の訪問系サービスの事業所のサービス提供を行う従業者との兼務 ②管理者が介護職員又は看護職員を兼ねる場合、「当該訪問入浴介護事業所で兼務する他の職種」欄に「看護職員」又は「介護職員」と記載されているか。 ③その他不備はないか | | | |
| | 4 従業者 | ①看護職員が1以上置かれているか(基準§45①Ⅰ) ②介護職員が2以上置かれているか(基準§45①Ⅱ) ③看護職員又は介護職員のうち1名以上は「常勤」か(基準§45②) | | | |
| | 5 主な掲示事項 | ①添付書類7の運営規程と記載内容が一致するか 1) 営業日・その他年間の休日 2) 営業時間 3) 利用料 4) その他の費用 5) 通常の事業の実施地域 ②その他記載事項に不備はないか | | | |
| | 6 協力医療機関 | ①協力医療機関の名称及び主な診療科名が記載されているか | | | |
| | 1 申請者の登記事項証明書又は条例等 | ①添付されているか(添付されているものを○で囲む) ②法人が行う事業に訪問入浴介護、介護予防訪問入浴介護が規定されているか | | | |

| 試 | 確認箇所 | 確認項目 | 適 | 不 | 理由 | |
|------------------|---------------------------------------|---|---------------------------|---|----|--|
| 添 付 書 類 | 2 従業者の勤務の 体制及び勤務形 態一覧表 | ①添付されているか ②管理者の勤務形態は、「常勤（合算による場合を含む）」か（基準 § 3 ①関係） ③看護職員又は介護職員のうち、1名以上は「常勤」となっているか（基準 § 4 5 ②関係） ④看護職員及び介護職員の員数及び勤務形態は、付表2の「従業者」欄の記載事項と一致するか ⑤その他記載事項に不備はないか | | | | |
| | 3 事業所に係る組 織体制図 | ①添付されているか ②事業所の組織体制が簡明に記載されているか ③兼務関係が確認できるか ④その他記載事項に不備はないか | | | | |
| | 4 看護師等の資格 を有することを 証する書類 | ①看護師又は准看護師の免許証の写しが添付されているか ②氏名等が勤務形態一覧表と合致しているか。合致していない場合は、戸籍抄本写しのコピー等姓改正等が確認できる書類が添付されているか。 | | | | |
| | 5 事業所の位置図 及び平面図並び に設備及び備品 概要 | ①添付されているか（写真含む） ②当該事業所に使用する区画が明確にされているか ③ 受付、相談等に用いるスペースが確保されているか ④指定訪問入浴介護の提供に必要な浴槽等を備えているか | | | | |
| | 6 運営規程 | ①添付されているか ②規則第13条に規定された各項目について適切に記載されているか 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) 指定訪問入浴介護の内容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) サービスの利用に当たっての留意事項 7) 緊急時等における対応方法 8) 苦情処理に関する事項 9) 虐待防止に関する事項 10) その他運営に関する重要事項 | | | | |
| | 7 利用者からの苦情を処理するた めに講ずる措置の概要 | ①添付されているか ②参考様式6に示された項目についての記載があるか | | | | |
| | 8 協力医療機関と の契約の内容 | ①添付されているか ②利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合にとられる措置の内容が確認できるか ③契約の相手方は、付表2の「協力医療機関」の名称と一致するか | | | | |
| | 生 保 | 9 指定介護機関 (生活保護法) のみなし指定に 係る確認書 | ①添付されているか ②記載事項に不備はないか | | | |

不適正と判断した項目の処理状況

| | | | |
|------|--|-------|-------|
| 受付番号 | | 連絡年月日 | 年 月 日 |
| 申請者 | | 担当者 | |
| 事業所名 | | 連絡相手方 | |

| No. | 不適正と判断した項目 | 連絡内容 | 補正完了 |
|-----|------------|------|---|
| 1 | | | ・差し替え ・追加送付 ・その他 () 月 日完了 |
| 2 | | | ・差し替え ・追加送付 ・その他 () 月 日完了 |
| 3 | | | ・差し替え ・追加送付 ・その他 () 月 日完了 |
| 4 | | | ・差し替え ・追加送付 ・その他 () 月 日完了 |
| 5 | | | ・差し替え ・追加送付 ・その他 () 月 日完了 |
| 6 | | | ・差し替え ・追加送付 ・その他 () 月 日完了 |
| 7 | | | ・差し替え ・追加送付 ・その他 () 月 日完了 |
| 8 | | | ・差し替え ・追加送付 ・その他 () 月 日完了 |