

通所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					

概式	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			
	2 指定を受けようとする事業所・施設の種類の	①事業開始予定年月日が記載されているか ②添付書類11と医療機関コード等が一致するか ③その他不備はないか			
付表6（その1）	1 事業所	・事業所の名称及び所在地は参考様式20「建物所有誓約書」又は「賃貸借契約書」（賃貸物件の場合）と合致するか			
	2 当該事業の実施について定めている条例等の条文	①記載されているか ②添付書類1の条例等の条文と一致するか			
	3 管理者	①兼務する職種（当該事業所で兼務する他の職種を除く）がある場合、当該職種は通所介護事業所の管理に支障がないものであるか（基準§94関係） ②管理者が生活相談員等を兼ねる場合「当該通所介護事業所で兼務する他の職種」欄に「生活相談員」「看護職員」「介護職員」又は「機能訓練指導員」と記載されているか。 ③その他不備はないか。			
	4 実施単位数	①単位数の記載があるか ②単位別従業者等の記載（付表6-1及び付表6-1（別紙））は、実施単位数に対応しているか			
	5 単位別従業者 （※勤務の形態及び勤務体制の一覧表参照）				
	利用定員が11人以上の場合				
	1)生活相談員	・提供時間数に応じて「専従」の生活相談員が、1名以上確保されているか（基準§93①Ⅰ関係）			
	2)看護職員	・「専従」の看護職員が、単位ごとに1名以上確保されているか（基準§93①Ⅱ関係）			
	3)介護職員	・提供時間数に応じて「専従」の介護職員が、単位ごとに適正数確保されているか（基準§93①Ⅲ関係） ※適正数 利用者の数が15人までは1以上、15人を超える場合にあっては、15人を超える部分の利用者の数を5で割った数に1を加えた数以上確保されているか ・介護職員が単位ごとに常時1人以上、従事しているか（基準§93③関係）ただし、利用者の処遇に支障がない場合は、他の指定通所介護の単位の介護職員として従事することが可能（基準§93④関係）			
	4)機能訓練指導員	・1名以上確保されているか（基準§93①Ⅳ関係）			
	5)常勤職員	・生活相談員又は介護職員のうち1人以上は常勤とされているか（基準§93⑦関係）			

	確認箇所	確認項目	適	不	理由
	6 食堂及び機能訓練室の合計面積	・ 食堂及び機能訓練室の合計面積 ≥ 3㎡ × 利用定員数となっているか（基準 § 9 5 ② I イ）			
	7 主な掲示事項	① 添付書類 8 の運営規程と記載内容が一致するか 1) 利用定員 2) 営業日・その他年間の休日 3) 営業時間 4) 利用料 5) その他の費用 6) 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			
添付書類	1 申請者の登事項証明書又は条例等	① 添付されているか ② 法人が行う事業に通所介護、介護予防通所介護が規定されているか。			
	2 従業員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 § 9 4 関係） ③ 生活相談員又は介護職員のうち 1 人以上は常勤とされているか（基準 § 9 3 ⑦ 関係） ④ 付表（別紙含む）の職種毎の従業者数と一致するか			
	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 他事業所との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 看護職員等の資格を有することを証する書類	① 添付されているか（不足はないか） <input type="checkbox"/> 生活相談員 <input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 機能訓練指導員 ② 有している資格等は職種毎に必要とされている資格等と合致するか ③ 氏名等が鮮明に確認できるか ④ 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改姓が確認できる書類が添付されているか			
	5 事業所の平面図、位置図、設備の概要	① 添付されているか ② 必要な設備を有しているか <input type="checkbox"/> 食堂 <input type="checkbox"/> 機能訓練室 <input type="checkbox"/> 静養室 <input type="checkbox"/> 相談室 <input type="checkbox"/> 事務室（基準 § 9 5 ① 関係） <input type="checkbox"/> 厨房 <input type="checkbox"/> 一般浴槽 <input type="checkbox"/> 特殊浴槽（H 1 1 厚生省告示 § 1 9 別表の 6 注 6） ③ ② の設備等は専ら指定通所介護のために供するものであるか、そうでない場合（他の施設等と共用の場合）利用者に対するサービス提供に支障がないか（基準 § 9 5 ③ 関係） ④ 食堂及び機能訓練室の面積の合計は、付表に記載された数値と一致するか ⑤ 食堂と機能訓練室が同一の場所である場合、機能訓練を行うに支障のない広さが確保されているか（基準 § 9 5 ② I ロ 関係） ⑥ 食堂及び機能訓練指導室を指定通所介護事業所と併設関係にある施設における指定通所リハビリテーションを行うスペースと同一の場所とする場合、以下の条件を満たしているか（基準解釈第 8-2-(2)-② 関係） 1) 指定通所介護の機能訓練室等と指定通所リハビリテーションを行うためのスペースが明確に区別されていること 2) 指定通所介護の機能訓練室等として使用される区分が指定通所介護の設備基準を満たし、かつ、指定通所リハビリテーションを行うためのスペースとして使用される区分が、指定通所リハビリテーションの設備基準を満たすこと ⑦ 相談室には遮蔽物の設置等により相談の内容が漏洩しないよう配慮されているか			

	6	消防法の検査済証等	消防法に基づく検査済証又は消防法令適合通知書の写しが添付されているか		
	7	運営規程	①添付されているか		
			②基準第100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) 指定通所介護の利用定員		
			5) 指定通所介護の内容及び利用料		
			6) その他の費用の額		
			7) 通常の事業の実施地域		
			8) サービス利用に当たっての留意事項		
			9) 緊急時等における対応方法		
			10) 非常災害対策		
			11) 苦情処理に関する事項		
	12) 虐待防止に関する事項				
	13) その他運営に関する重要事項				
	8	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		
			1) 対応窓口（連絡先） 2) 対応体制・手順		
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