

指定（更新）申請に係る自己点検表（総合事業通所介サービス）

次の内容について自己点検し、この自己点検表を添えて申請すること。

事業所名：		点検担当者名：	電話番号：	
区分	番号	自己点検の項目	チェック欄	特記事項
指定・許可・更新申請書（様式第1号）	1	法人所在地・名称、代表者職・氏名の記入、押印があるか。		
	2	「申請者」の欄と、「申請する事業所等」欄を逆に取り違えていないか。		
		「申請者」の欄の記載内容は「登記事項証明書」と一致しているか。（登記事項証明書と突合）	厳重確認	
		「事業所の名称」は「運営規程」と一致しているか。（運営規程と突合）	厳重確認	
	3	フリガナ、郵便番号、電話・FAX番号等に記入漏れがないか。		
	4	今回申請する事業（「通所介護」及び「介護予防通所介護」）について「実施事業」欄に「◎」を付しているか。		
		新規指定の場合には、「事業開始予定年月日」欄に記入しているか。		
5	更新申請の場合には、「現に指定等を受けている事業等」欄の「指定・許可（更新）年月日」及び「有効期間満了日」欄に記入しているか。			
6	現に他のサービスで指定等を受けている場合、○印、指定・許可（更新）年月日、介護保険事業者番号が記入されているか。（新規指定の場合、「介護保険事業者番号」は記入不要である。）			
7	更新申請の場合には、介護保険事業者番号が正しく記入されているか。			
付表2	1	申請者が医療機関の場合、医療機関コードが正しく記入されているか。		
	2	事業所、管理者の各欄のフリガナ、郵便番号、電話・FAX番号等に記入漏れがないか。		
	3	事業所の名称、所在地は運営規程と一致しているか。		
	4	管理者の氏名等は「経歴書」及び「従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表」と一致しているか。		
	5	実施単位数、利用者の数の上限は運営規程と整合しているか。		
	6	従業員の職種・員数は「運営規程」及び「従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表」と整合しているか。		
	7	食堂及び機能訓練室の合計面積は、求積表の合計面積と一致しているか。		
	8	主な揭示事項（定員、営業日、営業時間、その他年間の休日、通常の事業の実施地域等）は運営規程と一致しているか。		
ア		<法人の場合> <input type="checkbox"/> 定款又は寄附行為の写し（原本証明が必要） <input type="checkbox"/> 登記事項証明書（原本） <市町村の場合> <input type="checkbox"/> 当該事業所の設置条例 <指定管理者の場合> <input type="checkbox"/> 指定管理協定書（原本証明が必要） ※目的の中に通所介護事業所、介護予防通所介護相当事業が入っていることを定款・登記事項証明書の双方で確認 ※定款変更の認可が必要なのは認可済みであることを確認		【更新時は省略可能】 更新時期が同じ事業所が複数の場合は、1事業所に原本（定款については原本証明した書類）を提出すれば、その他の事業所についてはコピー可とする。（「添付書類一切につき原本であることを証明する。」旨の証明書の添付が必要。）
		<input type="checkbox"/> 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表（付表の営業日、営業時間と照合）（参考様式1） ※営業日、営業時間内に基準の人員が配置されているかを確認	【重要】 厳重確認	人員基準を満たしていない場合は、指定及び更新できない。
イ	1	<input type="checkbox"/> 管理者の勤務形態は適切か。（常勤かつ専従が原則。ただし管理上支障がない場合は兼務可） ※当該事業所の介護職員等もしくは他の事業所の管理者との兼務は可能。（両方の兼務は不可） ※他の事業所の利用者に対してサービス提供を行う業務との兼務は不可。 ※他の法令で専任とされている職についての者の就任は不可。		
	2	<input type="checkbox"/> サービス提供時間に応じて専従の生活相談員が配置されているか。（勤務形態一覧表と照合） ※資格＝社会福祉法第19条各号のいずれかに該当する者 社会福祉士主任任用資格、社会福祉士、精神保健福祉士、介護支援専門員、介護福祉士		専従＝通所介護に従事しているときに他の業務をしない
	3	<input type="checkbox"/> 単位ごとに専従の看護職員が1人以上配置されているか。（勤務形態一覧表と照合） ※利用定員10人以下＝看護職員又は介護職員で1人以上 ※併設事業所の職員と密接かつ適切な連携を図る場合には、連携する事業所の勤務形態一覧表等 ※他の法令で専任とされている職についての者の就任は不可。		看護職員は、提供時間帯を通じて専従する必要はないが、提供時間帯を通じて通所介護事業所と密接かつ適切な連携を図るものとする。
	4	<input type="checkbox"/> 単位ごとにサービス提供時間に応じて専従の介護職員が必要数配置されているか。（勤務形態一覧表と照合） ※利用者の数15人まで：平均提供時間を超える勤務時間数を確保 ※利用者の数16人以上： $(\text{利用者数}-15) \div 5 + 1 \times \text{平均提供時間数}$ 以上の勤務時間数 ※サービス提供時間中常時1人は配置が必要 ※利用定員10人以下＝看護職員又は介護職員で1人以上 ※他の法令で専任とされている職についての者の就任は不可。		専従＝通所介護に従事しているときに他の業務をしない
	5	<input type="checkbox"/> 機能訓練指導員が1人以上配置されているか。（勤務形態一覧表と照合） ※個別機能訓練加算で算定される時間帯以外は、兼務可能だが、必ず配置のこと。 ※個別機能訓練加算（I）を算定する場合は、サービス提供時間を通じて、常勤専従の機能訓練指導員を配置。 ※資格＝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、あんまマッサージ指折師（リクリエーション等の機能訓練の場合は、生活相談員・介護職員が実施可能。ただし、加算不可）		専従＝機能訓練指導員に従事しているときに他の業務をしない ※機能訓練指導員の配置時間を明記 ※個別機能訓練加算に係る機能訓練指導員の勤務に従事する時間は、「通所介護における看護職員としての人員基準の算定に含まない
	6	<input type="checkbox"/> 生活相談員、介護職員のうち1人以上常勤の配置があるか。（勤務形態一覧表と照合） ※定員10人以下の場合は、生活相談員、看護師、准看護師、介護職員のうち1人以上常勤の配置があるか。 ※他の法令で専任とされている職についての者の就任は不可。		
ウ		<input type="checkbox"/> サービス提供実施単位数一覧表（参考様式7） ※曜日ごとに提供単位の状況、利用定員を記載すること。 ※サービス提供時間は、送迎に要する時間は含まない。		【更新時は省略可能】
		<input type="checkbox"/> 資格証等の写し（※「従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表」に記載した順番に添付） ※看護職員、生活相談員、機能訓練指導員、管理栄養士の資格証を添付すること。（改姓等がある場合は、戸籍抄本等本人確認ができる書類を添付） ※研修を修了した者は、その写しを添付すること。 ※社会福祉法第19条第一号該当については、原則として、町参考様式により任用資格の確認を行うこと。 ※成績証明の場合は、厚生労働大臣の指定する社会福祉に関する科目と一字一句一致することを確認。	【重要】 厳重確認	
エ		<input type="checkbox"/> 雇用契約書の写し（※「従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表」に記載した順番に添付） <input type="checkbox"/> 雇用契約書（本人直筆の署名又は捺印があるもの）又は雇用関係が確認できる書類（労働条件通知書、辞令、労働者派遣契約書等の写し） <input type="checkbox"/> 雇用契約書以外の場合には、その写しの裏面又は空白部分に、本人直筆による署名等を記載しているか（住所、氏名、就業開始年月日、本人の電話番号） <input type="checkbox"/> 法人役員が、当該事業所の業務に従事している場合には、当該業務に従事していることの申立書（町参考様式） <input type="checkbox"/> 上記書類では当該事業所における職種が明確でない場合、本人の署名押印による就任承諾書（町参考様式）を合せ添付	【重要】 厳重確認	当該事業所に当該職種に従事していることが確認できる内容となっているか確認すること。

区分	自己点検の項目	チェック欄	特記事項
カ	<input type="checkbox"/> 組織体制図（町参考様式） ※岡山県内にある全ての介護サービス事業所、従業者の氏名が記載され、事業所毎に指揮命令系統がわかるか。 ※他の事業所に従事している従業者がある場合には、当該従業者名に◎を付し、勤務形態一覧表を添付しているか。 ※管理者及びその他の介護従事者が他事業所の職務を兼ねることがない場合は、他事業所の体制については管理者等のみの記入でも差し支えない。		すべての介護サービス事業所とは、医療みなし及び入所系サービスを除く事業所とする。
キ	<input type="checkbox"/> 管理者の経歴書（参考様式2） ・経歴は、最終学歴以降のものを記入すること ・事業開始予定日に、当該事業所の管理者であることを記載すること ・必要な研修の修了証の写しを添付すること ・兼務の状況を記載すること		【更新時は省略可能】
ク	<input type="checkbox"/> 事業所の位置図（住宅地図の写し等） ※事業所の所在地が特定できるよう色塗りするなどして明確にすること。		【更新時は省略可能】
ケ	<input type="checkbox"/> 事業所の平面図（各室の用途・面積・寸法明示）（参考様式3） ※食堂及び機能訓練室＝内法（内寸）で定員×3㎡以上必要（狭隘な部屋を多数設置したものは不可） ※専用施設部分を色塗りするなど明確にすること ※各室の名称及び有効面積、また非常災害設備等を明示すること <input type="checkbox"/> 食堂及び機能訓練室の求積表 ※計算に必要な内法寸法、計算式及び計算結果を記載 <input type="checkbox"/> 食堂、機能訓練室、静養室、相談室、事務室、消火設備、汚物処理室、その他必要な設備を設置すること。 ・各室は原則として専用の部屋であること。 ・相談室、事務室は、利用者に対する通所介護の提供に明らかに支障がない場合に限り、他の事業と兼用が可能だが、区画を明確化すること。 ・相談室は、遮へい物設置等により相談内容が漏えいしないよう配慮すること。 ・トイレ、入浴設備については、安全、衛生、プライバシー確保に配慮すること。	【重要】 厳重確認	【更新時は省略可能】
コ	<input type="checkbox"/> 事業所の状況の分かる写真 ・各写真（外観、食堂及び機能訓練室、静養室、相談室、事務室、トイレ、汚物処理室）は、少なくとも2方向からのものであること。 ・A4サイズの用紙に貼付又は印刷し、写真に番号を記すこと。 <input type="checkbox"/> 写真説明図（平面図） ・平面図に、写真番号とその撮影方向を矢印で示すこと。 ※各施設が、用途に従い適切に使用できる状態であることが明確に分かる写真であること（工事中の写真は不可）。	【重要】 厳重確認	【更新時は省略可能】 利用できる状態であること。 工事中の申請は不可。 物品は搬入済みであること。
サ	設備・備品等一覧表（参考様式5） <input type="checkbox"/> 事業を行ううえで必要な設備・備品等を記載し、記載された内容が確認できる図面・写真等を添付。 <input type="checkbox"/> 非常災害設備については、防火設備（消火器等）設置の写真 <input type="checkbox"/> 送迎を行う事業所にあつては、車検証の写し及び車両の写真 ※リースの場合等は契約書の写し <input type="checkbox"/> 食事の提供を行う事業所にあつては、厨房の平面図及び写真 ※委託実施の場合は委託契約書の写し <input type="checkbox"/> 入浴を行う事業所にあつては、入浴設備の平面図及び写真		【更新時は省略可能】
シ	<input type="checkbox"/> 運営規程（付表と照合） 参考例を参照のこと ・職員の員数、営業日・営業時間、利用料・その他費用、通常の事業の実施地域等を付表及び従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表と照合。 ・職員の員数は、管理者、介護支援専門員、看護職員、介護職員、機能訓練指導員について常勤、非常勤別の人数を明記すること。 ※ただし、その都度変更が見込まれる職種などの場合、具体的な員数ではなく、「〇人以上」という形で定め方も差し支えない。 ・食事の提供を行う事業所にあつては、調理員の人数を明記すること。（委託実施の場合は不要。） ・営業日、営業時間は適切か。 ※時間の記載方法は10:00～17:00のように24時間制 ・通常の事業の実施地域は、原則として、市郡・町村・区単位とすること。 ※半径〇km以内等の曖昧なものは不可 ・利用料・その他費用の額については、具体的に明記すること。 ※その他費用については、基準で認められているものを以外入っていないことを確認。 ※交通費については、通常の事業の実施地域を越えた地点から取ることができる。 （事業所からの交通費を取ること不可）	【重要】 厳重確認	【更新時は省略可能】 1 事業の目的及び運営の方針 2 従業者の職種、員数及び職務の内容 3 営業日及び営業時間 4 通所介護の利用定員 5 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 緊急時における対応方法 9 非常災害対策 10 その他運営に関する重要事項
ス	<input type="checkbox"/> 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要（参考様式6） ①利用者等からの相談又は苦情等に対応する常設の窓口 （担当者の氏名（苦情解決責任者、苦情受付担当者）、連絡先の電話番号、対応日時を記入） ②円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順 ※苦情等の記録について、その完結後5年間保存する内容を盛り込むこと。 ③公的機関の苦情相談窓口 岡山県国民健康保険団体連合会と通常の事業の実施地域の保険者を記入すること。 ・岡山県国民健康保険団体連合会（086）223-8811 ・通常の事業の実施地域の保険者：早島町健康福祉課（介護保険係）（086）482-2483 など		
セ	<input type="checkbox"/> 当該申請に係る資産の状況 ※資産目録（法人の決算書（直近のもの。設立1年未満の場合は開始時貸借対照表又は試算表）、財産目録等） <input type="checkbox"/> 建物又は事業所の使用権限を証明することのできる書類 ※建物が自己所有の場合には、登記事項証明書又は登記簿謄本の写し等 ※事業所が賃貸の場合には、賃貸借契約書の写し <input type="checkbox"/> 事業計画書（事業開始から24か月分） 事業の内容（提供するサービスの具体的実施内容）、事業開始予定、従業者数、利用見込人数を記載すること <input type="checkbox"/> 収支予算書（事業開始から24か月分） 収支予算書の「人件費」は、勤務表の勤務時間や雇用契約書と整合しているか。 ※収支予算書では、報酬単価は正しいか、利用者数は適正かを確認 ※赤字の場合、資金計画ができていないかを確認 <input type="checkbox"/> 損害賠償への対応が可能であることがわかる書類 ※「保険証書」又は「加入申込書及び領収証」の写し ※未加入の場合は、加入申込書及び指定時に加入する旨の押印した確約書		【更新時は省略可能】
ソ	<input type="checkbox"/> 誓約書（参考様式9-1） ※届出者の所在地・名称、代表者職・氏名を記入し、押印しているか。		
タ	<input type="checkbox"/> 役員名簿（参考様式9-2）（定款・登記事項証明書の記載内容と整合しているか） ※役員全員について全ての項目について記入しているか。 ・合名会社、合資会社、合同会社 → 会社法に規定される社員 ・株式会社（特例有限会社含む。） → 会社法で規定される取締役等（取締役、監査役） ・社会福祉法人 → 社会福祉法で規定される役員（理事、監事） ・医療法人 → 医療法に規定される役員（理事、監事）		
チ	<input type="checkbox"/> 介護予防通所介護計画書（様式を添付） ※「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準」（H11年厚生省令第37号）第99条「通所介護計画の作成」を参照のうえ、介護予防通所介護計画の様式を作成すること。		【更新時は省略可能】
ツ	<input type="checkbox"/> 建築物関連法令協議記録報告書 ※必要に応じて以下の書類を添付すること <input type="checkbox"/> 建築基準法上の建築物等の建築に係る検査済証 <input type="checkbox"/> 消防法上の建築物等の検査済証		【更新時は省略可能】 （ただし、所在地の変更届出を行っていない場合や平成20年7月以降に増改築を行った事業所については添付のこと。）
テ	<input type="checkbox"/> 添付書類等省略に係る申告書 ※全ての項目に、○又は×が記入されているか。		【更新指定申請時のみ】
ト	<input type="checkbox"/> 生活保護法指定不要届出書 ※全ての項目が記入、押印されているか。		【指定不要時のみ】
ナ	当該申請に係る事業に係る居宅介護サービス費の請求の状況 <input type="checkbox"/> 介護給付費算定に係る体制等に関する届出書 <input type="checkbox"/> 介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（別表1-1） <input type="checkbox"/> 【新規のみ】事業所規模に係る届出書（通所介護事業所）（別紙3-1-2）		更新申請時において、加算に変更がない場合は、事業費算定に係る体制等に関する届出書の提出は不要。

備考 ※事業費の算定については、別途「介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等に関する届出書」を提出してください。（指定申請の場合）