

総合事業(通所型サービス)の点検表

				1	2	3
法人名				点検日	/	/
事業所の名称				対応職員		
担当者		電話		相談者名(申請 法人以外ならば その関係)		

※(点検を受ける前に)今後の制度改正の状況に十分注意し、大里広域市町村圏組合より補正依頼があった場合は迅速に対応しますか(はい・いいえ)
※書類を準備できた場合には、下の表の「確認欄」にチェックしてください

No.	書類	確認欄			チェック内容
		1	2	3	
1	指定申請書				<input type="checkbox"/> 記載誤りや不整合がないことを確認 (名称・所在地・代表者・管理者・電話番号・FAX番号・登記事項証明書・添付書類など)
2	付表2 介護予防・日常生活支援総合事業第1号通所事業者の指定に係る記載事項				<input type="checkbox"/> 郵便番号の間違い注意 <input type="checkbox"/> 住所の記載は「〇丁目〇〇番地〇〇」の形式で記載されているか
3	登記事項証明書 (直近3か月以内の原本)				<input type="checkbox"/> 現在事項全部証明書又は履歴事項全部証明書 <input type="checkbox"/> 目的の中に該事業の適切な文言はあるか <input type="checkbox"/> 変更なしの場合は提出不要
4	誓約書 (参考様式6-4-1)				<input type="checkbox"/> 過去5年以内に介護保険法等に関して処分を受けた者はいない(欠格事由該当者はいない)ことを代表者が責任をもって確認した上で誓約されているか
5	平面図(参考様式3)				<input type="checkbox"/> 事業の運営を行うために必要な広さを有する特定の区画(事務室、受付、相談室、静養室など) <input type="checkbox"/> 食堂及び機能訓練室(3㎡/人) <input type="checkbox"/> 必要な設備・備品(トイレ・机・いす・パソコン・鍵付き書庫など)(※部屋等の広さの数値を記入。面積要件のある食堂及び機能訓練室については、寸法や計算式などを併記して積算の過程及び根拠を示すこと。写真と照合して確認するので、平面図に撮影した方向を記入。) <input type="checkbox"/> 変更なしの場合は提出不要
6	設備・備品等一覧表(参考様式4)				<input type="checkbox"/> 身体の不目目な方に適した構造であるか <input type="checkbox"/> 日照・採光・換気・衛生面に配慮されているか <input type="checkbox"/> 必要な備品(机、いす、パソコン、鍵付き書庫など) <input type="checkbox"/> 消火設備・非常災害設備など(※写真で確認する) <input type="checkbox"/> 変更なしの場合は提出不要
7	従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表 (参考様式1)				<input type="checkbox"/> 専ら職務に従事する常勤の管理者 <input type="checkbox"/> 提供時間数に応じて生活相談員1人以上 <input type="checkbox"/> 単位ごとに提供時間数に応じて介護職員が利用者15人までは1人以上、15人を超える場合は、15人を超える部分の利用者の数を5で除して得た数に1を加えた数以上 <input type="checkbox"/> 単位ごとに専従の看護職員1人以上 <input type="checkbox"/> 生活相談員又は介護職員の1人以上は常勤 <input type="checkbox"/> 機能訓練指導員1人以上
8	資格が必要な職種の資格証明書の写し				<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
9	運営規程				<input type="checkbox"/> 記載誤りがないことを確認(名称、所在地、職種・職員数、営業日、営業時間、サービス提供時間) ※他書類との整合性にも注意 <input type="checkbox"/> 実施単位数、単位ごとの利用定員 <input type="checkbox"/> 利用料 <input type="checkbox"/> 延長料金 <input type="checkbox"/> 食費 <input type="checkbox"/> おむつ代 <input type="checkbox"/> その他の日常生活費 <input type="checkbox"/> 実施地域の特定 <input type="checkbox"/> 実施地域を越えた交通費の有無 <input type="checkbox"/> 緊急時の対応 <input type="checkbox"/> 非常災害対策 <input type="checkbox"/> 苦情処理 <input type="checkbox"/> 個人情報の保護 <input type="checkbox"/> 変更なしの場合は提出不要
10	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5)				<input type="checkbox"/> 記録の保存とサービスの向上への活用 <input type="checkbox"/> 担当者名、電話番号、FAX、対応可能日時 <input type="checkbox"/> 行政機関等の相談窓口 <input type="checkbox"/> (埼玉県国民健康保険団体連合会、通常の事業の実施地域内の市町村担当課、大里広域市町村圏組合介護保険課) <input type="checkbox"/> 変更なしの場合は提出不要
11	現在の指定書の写し				

※点検時には管理者の同席をお願いします。

※申請書の控え(コピー)は必ず事業所で保管して下さい。

注) 次回の点検にもこの用紙と一緒に提出してください。

※申請書の控え(コピー)は必ず事業所で保管してください。