

総合事業(訪問型サービス)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(フラットファイル等に綴りインデックスを付けてください)	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1 介護予防・日常生活支援総合事業第1号訪問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「○丁目○番地○○」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"/> 目的の中に該当事業の適切な文言はあるか
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	土地・建物が賃貸にあつてはその契約書の写し				<input type="checkbox"/> 法人名義の契約になっているか <input type="checkbox"/> 賃貸目的が居住用ではない(介護事業での使用が認められている) <input type="checkbox"/> 法人所有の場合は所有が分かるもの(登記事項証明書の写し、納税通知書など)
6	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、相談スペースなど) <input type="checkbox"/> 必要な設備・備品(手指洗浄のための洗面所・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。写真と照らし合わせて確認するので、平面図に撮影した方向を記入。)
7	主要な場所の写真				<input type="checkbox"/> 建物の外観、玄関内外、事務室、手指洗浄のための洗面所(消毒液、ペーパータオル設置)、トイレ、相談スペース、鍵付き書庫、ほか上記の設備・備品
8	管理者 経歴書(参考様式2)				<input type="checkbox"/> 本人確認
9	サービス提供責任者 経歴書				<input type="checkbox"/> 本人確認
10	サービス提供責任者の資格証の写し				
11	従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表(参考様式1-3)				<input type="checkbox"/> 専ら職務に従事する常勤の管理者 <input type="checkbox"/> 常勤の訪問介護員等で専ら職務に従事する者のうち1人以上のサービス提供責任者(サービス提供責任者の適切な人員配置) <input type="checkbox"/> 訪問介護員等を常勤換算で2.5人以上 <input type="checkbox"/> 利用者の推定数
12	雇用関係を証する書類の写し(全職員分)				<input type="checkbox"/> 労働条件通知書(雇入通知書)・辞令の写しなど雇用関係及び当該事業所における職務が分かるもの <input type="checkbox"/> 秘密保持の誓約書等の秘密の保持が分かるもの(役員である従業員を含める)
13	資格が必要な職種の資格証明書の写し				<input type="checkbox"/> 訪問介護員
14	就業規則				<input type="checkbox"/> 常時10人以上の労働者を使用する使用者は、就業規則を作成し所轄労働基準監督署に届出必要あり
15	運営規程				<input type="checkbox"/> 記載誤りがないことを確認(名称、所在地、勤務表、営業日、営業時間)※他書類との整合性にも注意 <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"/> 守秘義務
16	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)
17	事業費算定に係る体制等に関する届出書				<input type="checkbox"/> 郵便番号、氏名、住所等の記載誤りがないことを確認
18	事業費算定に係る体制等状況一覧表				<input type="checkbox"/> 添付書類
19	損害賠償保険証の写し				<input type="checkbox"/> 加入しておくことが望ましい
20	契約書・重要事項説明書				<input type="checkbox"/> 双方に不整合がないかを確認(キャンセル料金、支払方法等) <input type="checkbox"/> 介護報酬・加算状況を確認(料金表は事業所所在地の地域単価を反映させること) <input type="checkbox"/> 第三者評価の実施状況
20	利用者氏名一覧表				<input type="checkbox"/> 当組合圏外に所在する事業所は提出(当組合圏内に所在する事業所は提出の必要はありません)

申込事項	
------	--

※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下さい。

※申請書の控え(コピー)は必ず事業所で保管して下さい。