

居宅介護支援の点検表

法人名		点検日	1	2	3
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(様式第1号)				<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 10 指定居宅介護支援事業所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「介護保険法に基づく居宅介護支援事業」等の適切な文言はあるか
4	誓約書 (参考様式6)				<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	関係法令を遵守する旨の誓約書(参考様式30)				<input type="checkbox"/> 内容をよく確認した上で誓約されているか
6	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"/> 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)
7	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、サービス担当者会議をする場所、相談室など) <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) (※写真で確認するため、平面図に撮影した方向を記入)
8	主要な場所の写真				<input type="checkbox"/> 建物の外観、玄関、事務室、サービス担当者会議を行う場所、相談スペース等
9	管理者の経歴書(参考様式2)				<input type="checkbox"/> 管理者は主任介護支援専門員
10	従業員の勤務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(主任介護支援専門員でなければ不可) <input type="checkbox"/> 常勤の介護支援専門員1人以上 <input type="checkbox"/> 同一敷地内で他の業務に就く場合にあっては、兼務先の勤務表
11	雇用関係を証する書類(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)
12	当該事業所に勤務する介護支援専門員一覧(参考様式7)				<input type="checkbox"/> 介護支援専門員証の写し
13	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
14	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"/> 運営規程の概要 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員の勤務の体制 <input type="checkbox"/> 通常の事業の実施地域の特定、通常の事業の実施地域を越えた交通費の有無 <input type="checkbox"/> 居宅訪問の項目、モニタリングの項目(毎月実施し、結果を記録する) <input type="checkbox"/> 緊急時の対応 <input type="checkbox"/> 事故発生時の対応 <input type="checkbox"/> 秘密の保持 <input type="checkbox"/> 苦情処理の体制 <input type="checkbox"/> 個人情報の保護 <input type="checkbox"/> 虐待の防止のための措置に関する事項に関する規程を定めておくよう努めている
15	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)
16	関係市町村並びに他の保健医療・福祉サービスの提供主体との連携内容(参考様式29)				<input type="checkbox"/> 内容の点検
17	介護給付費算定に係る体制等に関する届出書(別紙2)				<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	介護給付費算定に係る体制等状況一覧表(別紙1)				<input type="checkbox"/> 添付書類を出しているか
19	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)
20	業務管理体制に係る届出書				<input type="checkbox"/> 必要に応じて埼玉県等に業務管理体制の届出をしてください
21	介護サービス情報公表制度に係る基本情報報告様式 (書面調査用)				<input type="checkbox"/> ※報告様式は、埼玉県ホームページのサイト内検索で「介護サービス情報の公表」と検索

送付事項	
------	--

※点検時には管理者の同席をお願いします。

注) 次回の点検にもこの用紙を一緒に提出してください。