小規模多機能型居宅介護事業

指定更新申請に必要な書類一覧（チェックリスト）

　申請（開設）者名　　　　　　　　　　　　　事業所名

| ﾁｪｯｸ | 提出書類 | 様式等 | チェック項目 |
| --- | --- | --- | --- |
| □ | チェックリスト | 当該様式 | □　すべての項目と申請書類をチェックして  チェックを入れたか |
| □ | 指定更新申請書 | 第８号様式 | □　申請年月日、法人所在地、法人名称、法人代表者の職・氏名を記入しているか  ※　以前と内容が変わった場合は、変更届出書の提出が必要。 |
| □ | 付表（指定更新に係る記載事項） | 付表３ | □　内容に誤りがないか   * 登録・通い・宿泊の各利用定員は基準を満たしているか   ・登録≦２９人  ・（登録定員×）人≦通い≦１５人  　　登録定員２６人以上２９人以下に  ついては居間及び食堂の合計面積が  十分な広さ（１人当たり３㎡以上）  あれば１８人以下  ・（通い定員×）人≦泊まり≦９人  □　通いサービスの利用者推定数の記載がなされているか。また、その数は通いサービス利用定員の50％以上となっているか  ※　以前と内容が変わった場合は、変更届出書の提出が必要。 |
| □ | 法人登記簿謄本  （**登記事項証明書の場合は、**履歴事項証明書とすること） |  | □　**登記事項証明書の目的に当該事業が記載されているか**  ※　直近（６か月以内）の変更届から変更がない場合、既提出分の写しで可。その場合、直近の変更届出年月日を余白に記入。 |
| □ | 介護給付費算定に係る体制等状況一覧表 | 介護給付費算定に係る体制等状況一覧表  （加算別紙） | □　加算の要件は満たしているか  ※　変更がある場合は、介護給付費算定に係る体制等に関する届出書の提出が必要。 |
| □ | 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表  （更新申請書提出月） | 参考様式１ | □　管理者は常勤か  □　介護従事者の数が基準を満たしているか  □　介護支援専門員の配置がなされているか  □　労働時間は労働基準法等を満たしているか  ・労働時間は、週40時間以内、１日８時間以内  ・労働時間が６時間を超える場合は45分以上、８時間を超える場合は１時間以上の休憩  ・毎週少なくとも１回又は４週間を通じて４日以上の休日（休日とは暦日の午前０時から午後12時までの24時間の休業をいう）  ・宿直は、原則として週１回 |
| □ | 組織体制図  ※兼務職員がいる場合、兼務している事業所の勤務形態一覧表も提出してください |  | □　当該事業所以外に他の介護サービス事業を実施し、その事業所との間に兼務職員がいる場合には、兼務関係が明確にわかるように作成しているか（従業員名を記載しているか）  □　兼務職員がいる場合、兼務先の勤務形態一覧表を添付しているか  ※　兼務先が介護サービス事業所以外で勤務形態一覧表が提出できないときは、兼務職員の勤務状況が分かる資料を提出。 |
| □ | 管理者の経歴書 | 参考様式２ | □　氏名、住所、電話番号、生年月日、主な職歴職歴**（３年以上認知症高齢者の介護経験があるか）**等が正確に記入されているか  □　申請時までの経歴が省略なく記載されているか |
| □ | 資格証等の写し |  | 【介護支援専門員】  □　介護支援専門員証の写しが添付されているか  □　有効期限は切れていないか  【看護職員】  □　看護職員は看護師（准看護師）の免許証等の写しが添付されているか |
| □ | 研修修了証の写し |  | * 代表者   ・　認知症対応型サービス事業開設者研修の修了証書の写しが添付されているか（実践者研修、実践リーダー研修、認知症高齢者グループホーム管理者研修、基礎課程、専門課程、認知症介護指導者研修又は認知症高齢者グループホーム開設予定者研修を受講している者は研修修了とみなす。）   * 管理者   ・　認知症対応型サービス事業管理者研修及び実践者研修の修了証書の写しが添付されているか  □　介護支援専門員  ・　小規模多機能型サービス等計画作成者研修及び実践者研修の修了証書の写しが添付されているか |
| □ | 事業所の平面図 | 参考様式３ | 【共通】  □　建物を含めた敷地全体図が添付されているか  □　当該事業所で使用する箇所（宿泊室、居間、食堂、台所、風呂、トイレ等）及び備品の配置、面積がわかるように作成されているか |
| □ | 設備等一覧表 | 参考様式４ | □　設備基準上配慮すべき設備の内容について実態に即して記入されているか |
| □ | 運営規程 |  | □　以下の内容が具体的に記載されているか  □　事業の目的及び運営の方針  □　従業者の職種、員数及び職務内容  □　営業日及び営業時間  □　登録定員、通いサービス利用定員、宿泊  サービス利用定員  □　小規模多機能型居宅介護の内容及び利用料その他費用の額  □　利用料  □　宿泊代  □　食費  □　日常生活費  □　おむつ代  □　実施地域以外からの利用者に対して行う送迎に要する費用  □　実施地域以外への訪問サービスに要した交通費の額  □　通常の事業の実施地域  □　サービス利用に当たっての留意事項  □　緊急時等における対応方法  □　非常災害対策  □　虐待防止のための措置  □　苦情処理  □　衛生管理  □　運営推進会議  □　その他運営に関する重要事項  □　職員研修等の内容  □　従業者の守秘義務  □　記録の整備  □　ハラスメント対策  □　緊急やむを得ない場合に身体拘束等を行う際の手続き |
| □ | 協力医療機関（協力歯科医療機関）との契約書の写し |  | □　医療機関との契約書の写しが添付されているか  　□　夜間・休日等緊急時対応  　□　入院対応  □　協力歯科医療機関との契約書の写しが添付されているか |
| □ | 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要  （重要事項説明書の該当頁写し又は掲示物の該当部分写し） | 参考様式５ | □　常設の窓口を設けているか  □　事業所のスタッフから担当者を選任しているか  □　処理体制や手順が適切か |
| □ | 誓約書（介護保険法第７９条第２項各号に該当しないこと）  及び  誓約書（大牟田市暴力団排除条例関係） | 参考様式６（介護保険法）  誓約書（暴力団排除） | □　偽りなく記載されているか  □　法人所在地及び名称、代表者の職氏名が記載されているか  □　全ての役員等について記載されているか。  （当該事業所の管理者も含められているか）  □　誓約書の日付が記載されているか  □　誓約書欄と別記部分とが両面コピーされているか |
| □ | 損害賠償発生時に対応しうることを証明する書類 |  | □　損害賠償保険証書の写し（手続き中の場合は、申込書及び領収書の写し）が添付されているか |
| ※  □ | パンフレット |  | □　事業所で制作したパンフレット等があれば、１部添付 |

＊書類の提出前に漏れがないか確認の上、ご提出ください。

＊このほかに、必要に応じ書類を求めることがあります。