地域密着型通所介護事業所の指定に係る事前相談（ヒアリングシート）

　　年　　月　　日受付

１　法人の概要

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 法人名 |  | |
| 法人所在地 |  | |
| 担当者連絡先 | 電　話： | ＦＡＸ： |
| メール： | |
| 担当者名 |  | |

２　事業の概要

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業の内容 | （主な事業の内容） | |
| サービス提供時間（１単位目：　　　　　　　～　　　　　　　）  　　　　　　　　（２単位目：　　　　　　　～　　　　　　　） | |
| 利用定員　（　　　　　　人） | 昼食の提供　　　（　有　・　無　） |
| 送迎の実施（　有　・　無　） | 入浴の実施の有無（　有　・　無　） |
| 事業所名称 |  | |
| 事業所所在地 |  | |
| サービス種類 | 地域密着型通所介護 | |

３　事業所の概要

|  |  |
| --- | --- |
| 土地・建物の現況 | 現況（更地・新築・建設中・改修予定・改修中　※該当に○印） |
| 土地（所有者：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  建物（所有者：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| （　　　　）造　（　　　　階建ての　　　　階部分）  ※既存建物の場合は、築年数及び建物申請時の用途  （　　　　年築・用途：　　　　　　　　　　　　　） |
| 賃貸借契約（契約期間：　　　　　　　　　～　　　　　　　　　　　） |
| 新築（改修）工事の実施予定機関及び竣工時期 | 着工：　　　　年　　月　　日 |
| 竣工：　　　　年　　月　　日 |

○チェックリスト

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 介護保険法第７８条の２ | チェック | 備考 |
| 申請者が法人格を有しているか。 |  |  |
| 従業員の知識及び技能並びに人員が基準に達しているか。→基準や通知を確認しているか。 |  |  |
| 設備に関する基準に従って適正な運営をすることができるか。定められた設備基準を満たしているか。  （チェックリスト参照） |  |  |
| 運営に関する基準に従って適正な運営をすることができるか。→関係法令の確認をし、近隣住民や担当課との調整はしていますか。（関係法令の一例は下記のとおり） |  |  |
| 介護予防通所介護及び第一号通所事業の指定を行うか  （要支援者を受け入れるか確認） |  |  |
| ・老人福祉法…老人デイサービスセンター設置届  　届出先：千葉県健康福祉部高齢者福祉課 |  |  |
| ・建築基準法…建築指導担当課へ  　※準耐火建築物（居室等を２階又は地階に設ける場合）  　→所管の消防署と相談→消防署長の意見書が必要 |  |  |
| ・消防法…消防計画の作成し、所管の消防署へ提出  　※新築・改修される建物について、事業所を所轄する消防署と消防設備・避難設備等について協議調整を進める必要があります。 |  |  |
| ・安全衛生法…事業所内で食事等の調理をする場合、所管の保健所へ手続 |  |  |
| ・農地法…農地転用を行う場合は、所管の農業委員会へ手続 |  |  |
| ・労働基準法…就業規則の作成し、所管の労働基準監督署へ提出 |  |  |

○　持参書類･

　・建物平面図