

定期巡回・随時対応型訪問介護看護の点検表

法人名	
事業所名	
担当者	
電話	
メール	

①【点検日】R . . .	【相談者】	【対応職員】
②【点検日】R . . .	【相談者】	【対応職員】
③【点検日】R . . .	【相談者】	【対応職員】

- 【基準等の確認】 申請者（管理者）は**基準条例（省令）や関係通知を確認し運営に必要な知識を有している** ⇒ □: はい
- 【提出書類一覧】 提出書類の準備にあたり、チェックポイント等に留意してください。また、**確認欄とチェックポイント等欄の□にチェック**してください。
- ※1：介護給付費算定に係る体制等に関する届出について詳しくは、**豊田市ホームページ「加算の届出について」（ページ番号：1047329）を確認**してください。
- ※2：介護職員等処遇改善加算の届出について詳しくは、**豊田市ホームページ「介護職員等処遇改善加算の届出について」（ページ番号：1007475）を確認**してください。

NO.	確認	書類	①	②	③	チェックポイント等
1	<input type="checkbox"/>	指定（許可）申請書(様式第2号(1))				□記載内容が他の書類等と一致しているか
2	<input type="checkbox"/>	定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所の指定に係る記載事項(付表第2号(1))				□記載内容が他の書類等と一致しているか □従業者の職種・員数が勤務表や運営規定と一致しているか
3	<input type="checkbox"/>	定款、寄附行為等				□目的の中に事業内容が適切に記載されているか □「定期巡回、随時対応型訪問介護看護」、「地域密着型サービス事業」等
4	<input type="checkbox"/>	法人登記事項証明書（原本）				□履歴事項全部証明書 □直近3ヶ月以内のもの
5	<input type="checkbox"/>	事業所平面図(標準様式3)				□面積及び寸法の記載 □写真撮影した方向の記載 □サービス提供に必要な設備・備品(感染症予防に必要な設備等に配慮)
6	<input type="checkbox"/>	設備等一覧表(標準様式4)				□付表及び平面図で確認できない設備基準上適合すべき項目を記載 □利用者の心身の状況等の情報を蓄積することができる機器等 □随時適切に利用者からの通報を受けることのできる通信機器等 □利用者への端末機器(ケアコール端末等)
7	<input type="checkbox"/>	主たる場所の写真(参考様式6)				□設営完了後の写真を添付 □建物全体、建物玄関、事務室（事務机・電話・ファックス・パソコン・鍵付き書庫などの備品分かるように）、洗面所、トイレ、相談室・機能訓練室などの設備 □通報受信装置、ケアコール端末
8	<input type="checkbox"/>	土地・建物の所有関係がわかるもの				〔法人所有〕□土地・建物の登記事項証明書(直近3ヶ月以内の原本) ※登記が間に合わない場合は建物検査済証を事前に提出 〔賃貸物件〕□賃貸契約書の写し □当該事業の実施が認められている
9	<input type="checkbox"/>	管理者の経歴書(参考様式4)				□常勤
10	<input type="checkbox"/>	運営規程				□必要規程事項(□事業目的・運営方針 □従業者の職種・員数及び職務内容 □営業日及び営業時間 □介護の内容及び利用料その他の費用の額 □通常の事業の実施地域 □緊急時等における対応方法 □合鍵の管理方法及び紛失した場合の対処方法 □その他運営に関する重要事項)
11	<input type="checkbox"/>	利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要(標準様式5)				□記録の保存(5年保存)と再利用 □苦情窓口(担当者名・電話番号・FAX・定休日等) □豊田市、国保連の電話番号・FAX等
12	<input type="checkbox"/>	勤務表(標準様式1)				□事業開始予定日から4週分を作成 □シフト記号表を作成している場合は添付 □兼務者(当該介護予防サービスは除く)がいる場合は、兼務先の勤務表を添付 <オペレーター> □提供時間を通じて専従1以上(利用者の処遇に支障がない場合は兼務可。夜間、深夜、早朝は併設施設等の職員が従事可。) □看護師、介護福祉士、医師、保健師、准看護師、社会福祉士又は介護支援専門員(利用者の処遇に支障がない場合は、サービス提供責任者の経験を3年以上を有する者で可) □常勤1以上 <定期巡回サービスを行う訪問介護員等> □交通事情や訪問頻度等を勘案し、必要数 <随時訪問サービスを行う訪問介護員等> □1以上(サービス提供時間通じて専従) <訪問看護サービスを行う看護師等> □保健師、看護師又は准看護師 常勤換算方法で2.5以上(うち1以上は常勤の保健師又は看護師) □常時看護職員のうち1以上の者と連絡体制を確保 □理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士 適当数(配置なし可) <計画作成責任者> □看護師、介護福祉士、医師、保健師、准看護師、社会福祉士又は介護支援専門員から1以上選任
13	<input type="checkbox"/>	職員の雇用及び配置が分かるもの				□労働条件通知書、雇入通知書又は辞令等 □全職員分を添付
14	<input type="checkbox"/>	資格が必要な職種の資格証・証明書				□氏名が異なる場合は、戸籍抄本等の確認書類を添付 □オペレーター □計画作成責任者 □看護職員 □理学療法士 □作業療法士 □言語聴覚士
15	<input type="checkbox"/>	社会保険及び労働保険への加入状況にかかる確認票(参考様式12)				□厚生年金保険・健康保険の加入状況が記載されているか □労働者災害補償保険・雇用保険の加入状況が記載されているか
16	<input type="checkbox"/>	就業規則				□労働者常時10以上→提出要 □労働者常時10未満→提出不要 ※常時10人以上の労働者を使用する使用者は作成して所轄労働基準監督署長に届出が必要
17	<input type="checkbox"/>	決算書				□直近の決算書(新設法人で決算期前の場合は、法人の資産を確認できるもの)
18	<input type="checkbox"/>	収支予算書(参考様式5)				□事業開始月から2年以上の収支見込
19	<input type="checkbox"/>	誓約書(標準様式6_地域密着)				□記載内容が他の書類等と一致しているか □誓約書別紙(別紙①):地域密着型サービス事業所向けを添付
20	<input type="checkbox"/>	役員名簿(参考様式1)				□全役員(管理者を含む)

NO.	確認	書類	①	②	③	チェックポイント等
21	<input type="checkbox"/>	介護・医療連携推進会議の構成員名簿				<input type="checkbox"/> 「利用者、利用者の家族、地域住民の代表者、地域の医療関係者、地域包括支援センターの職員」が構成員
22	<input type="checkbox"/>	介護給付費算定に係る体制等に関する届出書(別紙3-2)				<input type="checkbox"/> 記載内容が他の書類等と一致しているか
23	<input type="checkbox"/>	介護給付費算定に係る体制等状況一覧表(別紙1-3)				<input type="checkbox"/> 「添付書類一覧表・別紙」(※1)の必要書類を添付 <input type="checkbox"/> 介護職員等処遇改善加算を算定する場合は、計画書を添付(※2)
24	<input type="checkbox"/>	業務管理体制整備に関する届出書(様式第11号)				【事業所が豊田市のみが存在】 <input type="checkbox"/> 豊田市へ提出 <input type="checkbox"/> 事業所一覧表を作成している場合は添付 【事業所が豊田市以外にも存在】 <input type="checkbox"/> 県又は国へ提出(市へ提出不要)
25	<input type="checkbox"/>	老人居宅生活支援事業開始届兼老人デイサービスセンター等設置届(様式第21号)				<input type="checkbox"/> 介護保険法による届出内容との一致しているか