

# (介護予防) 認知症対応型通所介護の点検表【介護予防 有 無】

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))				<input type="checkbox"/> 記載内容が他の書類等と一致しているか
2	<input type="checkbox"/>	認知症対応型通所介護事業所・介護予防認知症対応型通所介護事業所の指定に係る記載事項(付表第2号(4)~(5))				<input type="checkbox"/> 該当する付表選択して作成 <input type="checkbox"/> 記載内容が他の書類等と一致しているか <input type="checkbox"/> 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				<input type="checkbox"/> 目的の中に事業内容が適切に記載されているか <input type="checkbox"/> 「認知症対応型通所介護」、「地域密着型サービス事業」等 <input type="checkbox"/> 「介護予防認知症対応型通所介護」、「介護予防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）				<input type="checkbox"/> 履歴事項全部証明書 <input type="checkbox"/> 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)				<input type="checkbox"/> 面積及び寸法の記載 <input type="checkbox"/> 写真撮影した方向の記載 <input type="checkbox"/> 食堂及び機能訓練室(合計面積が利用者1人当たり3㎡以上)※同一の場所でも可の場合がある <input type="checkbox"/> 静養室 <input type="checkbox"/> 相談室 <input type="checkbox"/> 事務室 <input type="checkbox"/> 消火設備等の非常災害に必要な設備
6	<input type="checkbox"/>	設備等一覧表(標準様式4)				<input type="checkbox"/> 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
7	<input type="checkbox"/>	主たる場所の写真(参考様式6)				<input type="checkbox"/> 設営完了後の写真を添付 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 静養室 <input type="checkbox"/> 浴室
8	<input type="checkbox"/>	土地・建物の所有関係がわかるもの				〔法人所有〕 <input type="checkbox"/> 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〕 <input type="checkbox"/> 賃貸契約書の写し <input type="checkbox"/> 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)				<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 当該事業所の認知症対応型通所介護職員、同一敷地内の他事業所職員との兼務可 <input type="checkbox"/> 認知症対応型サービス事業管理者研修の修了証を添付
10	<input type="checkbox"/>	運営規程				<input type="checkbox"/> 必要規程事項(事業目的・運営方針 <input type="checkbox"/> 従業者の職種・員数及び職務内容 <input type="checkbox"/> 営業日及び営業時間 <input type="checkbox"/> 利用定員(12人以下) <input type="checkbox"/> 介護の内容及び利用料その他の費用の額 <input type="checkbox"/> 通常の事業の実施地域 <input type="checkbox"/> サービス利用にあたっての留意事項 <input type="checkbox"/> 緊急時等における対応方法 <input type="checkbox"/> 虐待の防止のための措置に関する事項 <input type="checkbox"/> 非常災害対策 <input type="checkbox"/> その他運営に関する重要事項)
11	<input type="checkbox"/>	利用料の積算の分かるもの				<input type="checkbox"/> 豊田市利用料ガイドライン等に沿って適切な料金設定がされているか
12	<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)				<input type="checkbox"/> 記録の保存(5年保存)と再利用 <input type="checkbox"/> 苦情窓口(担当者名・電話番号・FAX・定休日等) <input type="checkbox"/> 豊田市、国保連の電話番号・FAX等
13	<input type="checkbox"/>	勤務表(標準様式1)				<input type="checkbox"/> 事業開始予定日から4週分を作成 <input type="checkbox"/> シフト記号表を作成している場合は添付 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 生活相談員 1以上(サービス提供時間帯を通じて専従) <input type="checkbox"/> 看護職員又は介護職員2以上(サービス提供時間帯を通じて専従1以上) <input type="checkbox"/> 機能訓練指導員 1以上(個別機能訓練加算を算定する場合は、1日120分以上配置) <input type="checkbox"/> 生活相談員、看護職員又は介護職員のうち1以上は常勤
14	<input type="checkbox"/>	職員の雇用及び配置が分かるもの				<input type="checkbox"/> 労働条件通知書、雇入通知書又は辞令等 <input type="checkbox"/> 全職員分を添付
15	<input type="checkbox"/>	資格が必要な職種の資格証・証明書				<input type="checkbox"/> 氏名が異なる場合は、戸籍抄本等の確認書類を添付 <input type="checkbox"/> 生活相談員(社会福祉に関する科目の履修者の場合は事前相談して履修証明書を添付) <input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 機能訓練指導員
16	<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)				<input type="checkbox"/> 厚生年金保険・健康保険の加入状況が記載されているか <input type="checkbox"/> 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
17	<input type="checkbox"/>	就業規則				<input type="checkbox"/> 労働者常時10人以上→提出要 <input type="checkbox"/> 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
18	<input type="checkbox"/>	決算書				<input type="checkbox"/> 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)
19	<input type="checkbox"/>	収支予算書(参考様式5)				<input type="checkbox"/> 事業開始月から2年以上の収支見込
20	<input type="checkbox"/>	誓約書(標準様式6_地域密着)				<input type="checkbox"/> 記載内容が他の書類等と一致しているか <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 誓約書別紙(別紙②:介護予防サービス事業所向け)を添付
21	<input type="checkbox"/>	役員名簿(参考様式1)				<input type="checkbox"/> 全役員(管理者を含む)
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に存在】 <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