

(介護予防) 認知症対応型共同生活介護の点検表【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"/>	認知症対応型共同生活介護事業所・介護予防認知症対応型共同生活介護事業所の指定に係る記載事項(付表第2号(7))				<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"/> 「認知症対応型共同生活介護」、「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共同生活介護」、「地域密着型介護予防サービス」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"/> 居室の面積(7.43㎡) <input type="checkbox"/> 居間・食堂(同一の場所でも可) <input type="checkbox"/> 車椅子で円滑に移動可能な空間と構造を有しているか(玄関、廊下、エレベーター、トイレなど) <input type="checkbox"/> 防災等への配慮・非常災害設備など
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"/>	居室面積等一覧表(参考様式5)				<input type="checkbox"/> 平面図等と一致しているか
8	<input type="checkbox"/>	主たる場所の写真(参考様式6)				<input type="checkbox"/> 設置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"/> 居室 <input type="checkbox"/> 居間・食堂 <input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> エレベーター
9	<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 〔共通資料〕 <input type="checkbox"/> 建築基準法の規定による検査済証 <input type="checkbox"/> 消防用設備等検査済証 <input type="checkbox"/> 開発行為に関する工事の検査済証
10	<input type="checkbox"/>	代表者の経歴書(参考様式4)				<input type="checkbox"/> 認知症対応型サービス事業開設者研修の修了証を添付 <input type="checkbox"/> 介護(事業)の経験
11	<input type="checkbox"/>	管理者の経歴書(参考様式4)				<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 併設施設、同一敷地内事業所での兼務可 <input type="checkbox"/> 認知介護経験3年以上 <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
12	<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"/> 利用定員 <input type="checkbox"/> 介護の内容及び利用料その他の費用の額 <input type="checkbox"/> 入居に当たっての留意事項 <input type="checkbox"/> 非常災害対策 <input type="checkbox"/> 虐待の防止のための措置に関する事項 <input type="checkbox"/> その他運営に関する重要事項)
13	<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
14	<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
15	<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"/> 介護従業者は日中 常勤換算で3:1以上 <input type="checkbox"/> 夜間及び深夜 時間帯を通じて1以上 <input type="checkbox"/> 介護従業者のうち1以上は常勤 <input type="checkbox"/> 夜間及び深夜の時間帯【 : ~ : 】 <input type="checkbox"/> 計画作成担当者(ユニット間兼務不可 少なくとも1以上は介護支援専門員)
16	<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
17	<input type="checkbox"/>	当該事業所に勤務する介護支援専門員一覧(標準様式7)				<input type="checkbox"/> 記載内容が他の書類等と一致しているか
18	<input type="checkbox"/>	介護支援専門員証(写)				<input type="checkbox"/> 登録証明書と登録番号通知書(写)でも可 <input type="checkbox"/> 主任介護支援専門員の場合は、修了書(写)も添付 <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"/> 認知症介護実践者研修の修了証を添付
19	<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
20	<input type="checkbox"/>	就業規則				<input type="checkbox"/> 労働者常時10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
21	<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)
22	<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

NO.	確認	書類	①	②	③	チェックポイント等
23	<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⑤:介護予防サービス事業所向け)を添付
24	<input type="checkbox"/>	役員名簿(参考様式1)				<input type="checkbox"/> 全役員(管理者を含む)
25	<input type="checkbox"/>	運営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、地域包括支援センターの職員」が構成員(指定小規模多機能型居宅介護事業所併設の場合、1の運営推進会議設置で可)
26	<input type="checkbox"/>	協力医療機関に関する届出書(参考様式11)				<input type="checkbox"/> 施設基準の規定を満たしているか
27	<input type="checkbox"/>	協力医療機関との協定書等				<input type="checkbox"/> 医療機関名 <input type="checkbox"/> 診療科名 <input type="checkbox"/> 協力内容の適切な記載
28	<input type="checkbox"/>	介護老人福祉施設・介護老人保健施設・病院等との連携体制及び支援体制の概要				<input type="checkbox"/> 緊急時の対応等必要事項の取り決め <input type="checkbox"/> 介護保険施設・病院の名称
29	<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
30	<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)
31	<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)
32	<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