

複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護）の点検表

|      |  |                           |
|------|--|---------------------------|
| 法人名  |  | ①【点検日】 R . . 【相談者】 【対応職員】 |
| 事業所名 |  | ②【点検日】 R . . 【相談者】 【対応職員】 |
| 担当者  |  | ③【点検日】 R . . 【相談者】 【対応職員】 |
| 電話   |  |                           |
| メール  |  |                           |

【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"/> | 複合型サービス事業所の指定に係る記載事項(付表第2号(10)) |   |   |   | <input type="checkbox"/> 記載内容が他の書類等と一致しているか<br><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<br><input type="checkbox"/> 「看護小規模多機能型居宅介護事業」、「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<br><input type="checkbox"/> 居間、食堂の設置(同一の場所でも可)<br>※通いサービスの利用定員が15人を超える場合、利用者1人当たり3㎡以上<br><input type="checkbox"/> 台所 <input type="checkbox"/> 宿泊室の面積(7.43㎡以上)<br><input type="checkbox"/> 事業所が病院又は診療所である場合であって定員が1名の宿泊室の面積(6.4㎡以上)<br><input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> 消火設備等の非常災害に必要な設備<br><input type="checkbox"/> 車椅子で円滑に移動が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)                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 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<br><input type="checkbox"/> 宿泊室 <input type="checkbox"/> 居間・食堂 <input type="checkbox"/> 浴室                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 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)<br>※登記が間に合わない場合は建物検査済証を事前に提出<br>〔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<br>〔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<br><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"/> 認知症介護の経験又は保険医療、福祉サービスの経営の経験<br><input type="checkbox"/> 認知症対応型サービス事業開設者研修の修了証又は保健師か看護師の資格証を添付                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 11  | <input type="checkbox"/> | 管理者の経歴書(参考様式4)                  |   |   |   | <input type="checkbox"/> 常勤<br><input type="checkbox"/> 特養、老人デイサービスセンター、老健、介護医療院、小多機、GH、看多機等の職員又は訪問介護員等として、3年以上認知症高齢者の介護に従事した経験を有する者<br><input type="checkbox"/> 認知症対応型サービス事業管理者研修の修了証又は保健師若しくは看護師の資格証を添付<br><input type="checkbox"/> 併設施設、当該事業所の介護従業者としての兼務可                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 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"/> 営業日及び営業時間<br><input type="checkbox"/> 登録定員並びに通いサービス及び宿泊サービスの利用定員 <input type="checkbox"/> 介護の内容及び利用料その他の費用の額 <input type="checkbox"/> 通常の事業の実施地域 <input type="checkbox"/> サービス利用に当たっての留意事項 <input type="checkbox"/> 緊急時等における対応方法<br><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)<br><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<br><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<br><日中帯【 : ~ : 】><br><input type="checkbox"/> 通いサービス:常勤換算法で介護従業者 利用者3人に対し1以上<br><input type="checkbox"/> 訪問サービス:常勤換算法で介護従業者 2以上<br><input type="checkbox"/> 通い及び訪問サービスの従業者のうち1以上は保健師、看護師又は准看護師(以下看護職員)<br>* 固定配置不要<br><夜間帯【 : ~ : 】><br><input type="checkbox"/> 時間帯を通じて介護従業者1以上 <input type="checkbox"/> 宿直者:時間帯を通じて必要数(随時の訪問サービスに支障がない体制が整備されている場合、事業所内での宿直不要)<br><その他><br><input type="checkbox"/> 従業者のうち1以上は常勤の保健師又は看護師<br><input type="checkbox"/> 従業者のち常勤換算法で2.5人以上は看護職員<br>* 訪問看護事業所の指定を併せて受け、かつ同じ事業所で一体的に運営されている場合は、看護職員が常勤換算法で2.5以上配置されていることで双方の基準を満たす。<br><input type="checkbox"/> 介護支援専門員1以上(管理者との兼務、非常勤可) |

| NO. | 確認                       | 書 類                                    | ① | ② | ③ | チェックポイント等                                                                                                                                                                                                     |
|-----|--------------------------|----------------------------------------|---|---|---|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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"/> | 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<br><input type="checkbox"/> 看護職員                                                                                                                             |
| 18  | <input type="checkbox"/> | 当該事業所に勤務する介護支援専門員一覧<br>(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                                                                                                                                                                   |
| 19  | <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<br><input type="checkbox"/> 主任介護支援専門員の場合は、修了書(写)も添付<br><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<br><input type="checkbox"/> 小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修の修了証を添付 |
| 20  | <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<br><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                                                                                                   |
| 21  | <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<br>※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                                                                                   |
| 22  | <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)                                                                                                                                                  |
| 23  | <input type="checkbox"/> | 収支予算書(参考様式13)                          |   |   |   | <input type="checkbox"/> 事業開始月から2年以上の収支見込                                                                                                                                                                     |
| 24  | <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<br><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                                                                                                          |
| 25  | <input type="checkbox"/> | 役員名簿(参考様式1)                            |   |   |   | <input type="checkbox"/> 全役員(管理者を含む)                                                                                                                                                                          |
| 26  | <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(指定認知症対応型共同生活介護事業所併設の場合、1の運営推進会議設置で可)                                                                                                         |
| 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<br>(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<br>(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<br><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<br>(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<br>【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                                                                                                                                                                |