

(介護予防) 通所リハビリテーション (みなし指定) 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"/>	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"/> 通所リハビリテーションを行うのにふさわしい専用の部屋(利用者1人当たり3㎡以上) <input type="checkbox"/> 事務室 <input type="checkbox"/> サービス提供に必要な専用機械等 <input type="checkbox"/> 消火設備等の非常災害に必要な設備
2	<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
3	<input type="checkbox"/>	病院若しくは診療所の使用許可証(写)等又は介護老人保健施設の開設許可証(写)				<input type="checkbox"/> 病院・診療所の場合は所轄の保健所へ確認
4	<input type="checkbox"/>	運営規程				<input type="checkbox"/> 必要規程事項(<input type="checkbox"/> 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 <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"/> 虐待の防止のための措置に関する事項 <input type="checkbox"/> サービス利用にあたっての留意事項 <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)
5	<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 【通所リハビリテーション事業所】 <input type="checkbox"/> 医師 常勤専任 1以上 (<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設であって病院又は診療所と併設されている場合、当該病院又は診療所の常勤医師との兼務可) <input type="checkbox"/> 理学療法士、作業療法士、若しくは言語聴覚士又は看護職員(准看護師含む)若しくは介護職員 <利用者の10人以下> <input type="checkbox"/> 単位ごとにサービス提供時間を通じて1以上 <利用者の11人以上> <input type="checkbox"/> 単位ごとにサービス提供時間を通じて利用者の数を10で除した数以上(例:定員25人の場合、25÷10=2.5のため3以上) <input type="checkbox"/> 専らリハビリテーションの提供にあたる理学療法士、作業療法士、若しくは言語聴覚士 利用者100又はその端数を増すごとに1以上 【診療所】 <input type="checkbox"/> 医師 <利用者の数が同時に10人以下> 専任 1以上(1日の利用者数は専任医師1人に対し48人以内) <利用者の数が同時に11人以上> 常勤専任 1以上 <input type="checkbox"/> 理学療法士、作業療法士、若しくは言語聴覚士又は看護職員(准看護師含む)若しくは介護職員 <利用者の10人以下> <input type="checkbox"/> 単位ごとにサービス提供時間を通じて1以上 <利用者の10人以上> <input type="checkbox"/> 単位ごとにサービス提供時間を通じて利用者の数を10で除した数以上(例:定員25人の場合、25÷10=2.5のため3以上) <input type="checkbox"/> 専らリハビリテーションの提供にあたる理学療法士、作業療法士、若しくは言語聴覚士又は経験(1年以上)を有する看護師 常勤換算0.1以上
6	<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
7	<input type="checkbox"/>	誓約書(標準様式6_居宅施設)				<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):居宅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
8	<input type="checkbox"/>	役員名簿(参考様式1)				<input type="checkbox"/> 全役員(管理者を含む)
9	<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2)				<input type="checkbox"/> 記載内容が他の書類等と一致しているか
10	<input type="checkbox"/>	介護給付費算定に係る体制等状況一覧表(別紙1-1)				<input type="checkbox"/> 「添付書類一覧表・別紙」(※1)の必要書類を添付 <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーションの算定区分確認表(別添6-1) <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)
11	<input type="checkbox"/>	介護給付費算定に係る体制等状況一覧表(別紙1-2)				<input type="checkbox"/> 「添付書類一覧表・別紙」(※1)の必要書類を添付 <input type="checkbox"/> 介護予防サービスを実施しない場合は不要 <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーションの算定区分確認表(別添6-1) <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)
12	<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)