

（介護予防）通所リハビリテーションの点検表【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	☐	指定（許可）申請書(様式第1号(1))				□記載内容が他の書類等と一致しているか
2	☐	通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション事業所の指定に係る記載事項(付表第1号(7))				□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	☐	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 □「通所リハビリテーション」、「居宅サービス事業」等 ☐ 「介護予防通所リハビリテーション」、「介護予防サービス事業」等
4	☐	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	☐	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 □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) □事務室 ☐ サービス提供に必要な専用機械等 ☐ 消火設備等の非常災害に必要な設備
6	☐	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に適合すべき項目を記載
7	☐	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
8	☐	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)				□病院・診療所の場合は所轄の保健所へ確認
9	☐	管理者の経歴書(参考様式4)				□常勤
10	☐	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 □利用定員 ☐ 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 ☐ 虐待の防止のための措置に関する事項 ☐ サービス利用にあたっての留意事項 ☐ 非常災害対策 ☐ その他運営に関する重要事項)
11	☐	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	☐	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 【通所リハビリテーション事業所】 □医師 常勤専任 1以上（□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） □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) ＜利用者の10人以下＞ □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＞ □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) ☐ 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】 □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 □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) ＜利用者の10人以下＞ □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＞ □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) ☐ 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
13	☐	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	☐	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 □医師 ☐ 看護職員 ☐ 理学療法士 ☐ 作業療法士 ☐ 言語聴覚士
15	☐	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	☐	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	☐	誓約書(標準様式6_居宅施設)				□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:居宅サービス事業所向け)を添付 □誓約書別紙(別紙⑤:介護予防サービス事業所向け)を添付

NO.	確認	書 類	①	②	③	チェックポイント等
18	☐	役員名簿(参考様式1)				☐ 全役員(管理者を含む)
19	☐	介護給付費算定に係る体制等に関する届出書 (別紙2)				☐ 記載内容が他の書類等と一致しているか
20	☐	介護給付費算定に係る体制等状況一覧表 (別紙1-1)				☐ 「添付書類一覧表・別紙」(※1)の必要書類を添付 ☐ 通所リハビリテーションの算定区分確認表(別添6-1) ☐ 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)
21	☐	介護給付費算定に係る体制等状況一覧表 (別紙1-2)				☐ 「添付書類一覧表・別紙」(※1)の必要書類を添付 ☐ 介護予防サービスを実施しない場合は不要 ☐ 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)
22	☐	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】 ☐ 豊田市へ提出 ☐ 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】 ☐ 県又は国へ提出（市へ提出不要）