

7. 通所リハビリテーションの点検表【介護予防(有・無)】

法人名	
事業所の名称	
連絡先	Tel

二重線枠内は記入の上、お持ちください。	1	2	3
点検日	/	/	/
対応職員			
相談者名 (申請法人以外 ならばその関係)			

(点検を受ける前に)今後の制度改正の状況に十分注意し、県より補正依頼があった場合は迅速に対応しますか。(はい・いいえ)

NO	書類	1	2	3	チェック内容
1	指定申請書(第1号様式)				<input type="checkbox"/> 記載誤りや不整合がないことを確認 (名称・所在地・代表者・管理者・電話番号・FAX番号・登記事項証明書・添付書類など)
2	指定に係る記載事項(付表7-1)				<input type="checkbox"/> 病院・診療所・介護老人保健施設・介護医療院の別 <input type="checkbox"/> 郵便番号の間違い注意
3	商業登記事項証明書(直近3か月以内の原本)				<input type="checkbox"/> 現在事項全部証明書又は履歴事項全部証明書
4	病院・診療所の使用許可証等の写し 介護老人保健施設、介護医療院の開設許可書の写し				【許認可証書交付課所が同一の場合は省略可】 <input type="checkbox"/>
5	欠格事由に該当していない旨の誓約書 (参考様式6)				<input type="checkbox"/> 過去5年以内に介護保険法等に関して処分を受けた者はいない(欠格事由該当者はいない)ことを代表者が責任をもって確認した上で誓約されているか
6	平面図(参考様式2)				<input type="checkbox"/> 利用者1人当たり3㎡以上の専用の区画(介護老人保健施設は特例あり) <input type="checkbox"/> サービス提供に必要な専用の器械及び器具 (※広さの数値の記入。面積要件のある専用の区画については、寸法や計算式などを併記して積算の過程及び根拠を示すこと。写真と照らし合わせて確認するので、平面図に撮影した方向を記入する)
7	設備・備品等一覧表(参考様式3)				<input type="checkbox"/> 玄関 <input type="checkbox"/> エレベーター <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 身体の不自由な方に適した構造か <input type="checkbox"/> 日照・採光・換気・衛生面に配慮されているか <input type="checkbox"/> 必要な備品(机、いす、パソコン、鍵付き書庫など) <input type="checkbox"/> 消火設備・非常災害設備など <input type="checkbox"/> 浴槽(入浴体制加算の場合) <input type="checkbox"/> 厨房(調理室)(※写真で確認する)
8	主要な場所の写真				【県職員が現地確認をする場合は省略可】 <input type="checkbox"/> 建物外観、玄関内外、上記の各区画、上記の設備・備品
9	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表(参考様式1)				<input type="checkbox"/> 原則専任の常勤医師が1人以上勤務 <input type="checkbox"/> 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・看護職員・介護職員を、提供時間帯を通じて専従で、利用者数が10人以下は1以上、10人を超える場合は利用者数を10で除した数以上 <input type="checkbox"/> 専従の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士を、利用者100人又はその端数を増すごとに1人以上(診療所の場合は、専従の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・経験看護師が常勤換算で0.1以上)
10	資格が必要な職種の資格証明書				<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 資格証記載の氏名から変更がある場合、変更が確認できる公的な証明書(運転免許証、戸籍抄本等)
11	運営規程				<input type="checkbox"/> 記載誤りがないことを確認(名称、所在地、勤務表、営業日、営業時間、サービス提供時間) ※他書類との整合性にも注意 <input type="checkbox"/> 実施単位数、単位ごとの利用定員 <input type="checkbox"/> 利用料 <input type="checkbox"/> 延長料金 <input type="checkbox"/> 食費 <input type="checkbox"/> おむつ代 <input type="checkbox"/> その他の日常生活費 <input type="checkbox"/> 実施地域の特定 <input type="checkbox"/> 実施地域を越えた交通費の有無 <input type="checkbox"/> 緊急時の対応 <input type="checkbox"/> 守秘義務
12	苦情を処理するための措置の概要(参考様式4)				<input type="checkbox"/> 記録の保存とサービスの向上への活用 <input type="checkbox"/> 担当者名、電話番号、FAX、対応可能日時 <input type="checkbox"/> 行政機関等の相談窓口(埼玉県国民健康保険団体連合会、通常の事業の実施地域内の市町村担当課)
13	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"/> 郵便番号、氏名、住所等の記載誤りがないことを確認
14	介護給付費算定に係る体制等状況一覧表 (別紙1、1-2)				<input type="checkbox"/> 添付書類は県ホームページ「さいたま介護ねっと」の「介護給付費等に係る体制等状況一覧表添付書類等チェックリスト」を参照
15	防火管理者・消防計画				<input type="checkbox"/> 提出は不要。所管の消防署への手続きが済んでいることを確認。
16	非常災害対策計画				<input type="checkbox"/> 提出は不要。作成していることを確認。 ※「社会福祉施設等における非常災害対策計画の策定の手引きについて」 <a href="https://www.pref.saitama.lg.jp/a0603/korei-shisetu/tebiki.html">https://www.pref.saitama.lg.jp/a0603/korei-shisetu/tebiki.html</a>
17	契約書・重要事項説明書				<input type="checkbox"/> 双方に不整合がないかを確認(キャンセル料金、支払方法等) <input type="checkbox"/> 介護報酬・加算状況を確認(料金表は事業所所在地の地域単価を反映させること)
18	業務管理体制に係る届出書				<input type="checkbox"/> (すでに他の介護保険事業所を開設済みの法人で、届出事項に変更がない場合は提出不要) ※届出様式は、県ホームページのサイト内検索で『介護サービス 業務管理体制』と検索
19	介護サービス情報公表制度に係る基本情報報告様式 (書面調査用)				<input type="checkbox"/> ※報告様式は、県ホームページのサイト内検索で『介護サービス情報の公表』と検索

申込事項	
------	--

※点検時には管理者の同席をお願いします。本人確認を併せて行います。

注) 次回の点検にもこの用紙を一緒に提出してください。

※申請書の控え(コピー)は必ず事務所で保管して下さい。