

9. 短期入所療養介護の点検表【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9)				<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	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
5	本体施設の認可証等の写し				【許認可証書交付課所が同一の場合は省略可】 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設、介護療養型医療施設 病院、診療所、介護医療院
6	平面図(参考様式2)				【*本体施設が介護老人保健施設、介護療養型医療施設、療養病床を有する病院又は診療所、介護医療院の場合は省略可】 <input type="checkbox"/> 診療所(療養病床を有するものを除く)である場合:下記に適合すること ・病室の床面積 1人につき6.4㎡以上 ・浴室を有する ・機能訓練を行うための場所を有する (※部屋等の広さの数値を記入。面積要件のある病室等については、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。)
7	設備・備品等一覧表(参考様式3)				
8	主要な場所の写真				【*本体施設が介護老人保健施設、介護療養型医療施設、療養病床を有する病院又は診療所、介護医療院の場合は省略可】【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、居室(病室)、浴室、食堂等その他必要な設備及び備品
9	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表(参考様式1)				【*本体施設が介護老人保健施設、介護療養型医療施設、療養病床を有する病院又は診療所、介護医療院の場合は省略可】 <input type="checkbox"/> 看護職員又は介護職員 <input type="checkbox"/> 夜間における看護師(准看護師)又は介護職員の配置
10	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)※他書類との整合性にも注意 <input type="checkbox"/> 実施地域の特定 <input type="checkbox"/> 保険給付の対象とならない費用・利用料の積算根拠 (<input type="checkbox"/> 居住費(特別室代) <input type="checkbox"/> 特別食事代 <input type="checkbox"/> 食費 <input type="checkbox"/> 理美容代 <input type="checkbox"/> その他の日常生活費など) <input type="checkbox"/> 緊急時の対応 <input type="checkbox"/> 守秘義務 <input type="checkbox"/> 非常災害対策
11	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、通常の送迎地域内の市町村担当課)
12	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
13	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
14	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が済んでいることを確認。
15	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」 https://www.pref.saitama.lg.jp/a0603/korei-shisetu/tebiki.html
16	契約書・重要事項説明書				<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)
17	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
18	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	
------	--

★当該本体施設と内容が同一の場合に省略できます。

※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)は必ず事業所で保管してください。