

15. 介護医療院の点検表

法人名	
事業所の名称	
連絡先	Tel

※内はご記入して持参ください。	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15)				<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 <input type="checkbox"/> 目的の中に「介護医療院〇〇 設置運営」等の適切な文言があるか
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	土地・建物が賃貸にあつてはその契約書の写し				<input type="checkbox"/> 法人所有の場合は所有が分かるもの(登記事項証明書の写し、納税通知書など)
6	平面図(参考様式2)				<input type="checkbox"/> 建物の構造・耐火・準耐火の別 <input type="checkbox"/> 従来型かユニット型か <input type="checkbox"/> 内法寸法で記載(療養室、機能訓練室、食堂等) ※共通 <input type="checkbox"/> 療養室 <input type="checkbox"/> 診察室 <input type="checkbox"/> 処置室 <input type="checkbox"/> 機能訓練室 <input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> 便所 <input type="checkbox"/> サービス・ステーション <input type="checkbox"/> 調理室 <input type="checkbox"/> 汚物処理室 <input type="checkbox"/> 洗濯室又は洗濯場 <input type="checkbox"/> 廊下 ※従来型 <input type="checkbox"/> 談話室 <input type="checkbox"/> 食堂 <input type="checkbox"/> レクリエーションルーム <input type="checkbox"/> 洗面所 ※ユニット型 <input type="checkbox"/> 共同生活室 <input type="checkbox"/> 洗面設備 <input type="checkbox"/> 車椅子で円滑に移動すること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) <input type="checkbox"/> 日照・採光・換気・衛生面に配慮されているか(窓、照明など) <input type="checkbox"/> 備品の充実(ナースコール、机、椅子、パソコン、通信機器など) <input type="checkbox"/> 防災等への配慮・非常災害設備など (※部屋等の広さの数値を記入。) (※各室等の留意事項は自主点検表を参照。)
7	設備・備品等一覧表(参考様式3)				<input type="checkbox"/> 日照・採光・換気・衛生面に配慮されているか(窓、照明など) <input type="checkbox"/> 備品の充実(ナースコール、机、椅子、パソコン、通信機器など) <input type="checkbox"/> 防災等への配慮・非常災害設備など (※部屋等の広さの数値を記入。) (※各室等の留意事項は自主点検表を参照。)
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、事務室、療養室、上記設備及び備品、エレベーターなど
9	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表(参考様式1) (事業開始日から1月分(歴月))				<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 介護職員 <input type="checkbox"/> 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 診療放射線技師 <input type="checkbox"/> 調理員、事務員、その他
10	当該事業所に勤務する介護支援専門員一覧 (参考様式7)				<input type="checkbox"/>
11	資格が必要な職種の資格証明書				<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士 <input type="checkbox"/> (管理)栄養士 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 診療放射線技師 <input type="checkbox"/> 氏名変更があれば、それが分かる公的な証明書(戸籍抄本等)
12	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"/> 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
13	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、所在市町村の担当課)
14	協力医療機関との契約書等				<input type="checkbox"/>
15	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、住所等の不一致の確認
16	介護給付費算定に係る体制等状況一覧表 (別紙1)				<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
17	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。
18	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
19	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)
20	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
21	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"/>

申送事項	
------	--

※点検時には管理者の同席をお願いします。

注) 次回の点検にもこの用紙と一緒に提出してください。