

2. 訪問入浴介護の点検表【介護予防(有・無)】

法人名	
事業所の名称	
連絡先	Tel

二重枠線内は記入の上、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2)				<input type="checkbox"/> 利用者の推定数 <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、介護給付にあつては「訪問入浴介護事業」「居宅サービス事業」等、介護予防にあつては「介護予防訪問入浴介護事業」「介護予防サービス事業」等の適切な文言があるか <input type="checkbox"/> 介護予防の表記が間に合わない場合→変更後差し替えを条件とする
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"/> 法人名義の契約になっているか <input type="checkbox"/> 賃貸目的が居住用ではない(介護事業での使用が認められている) <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"/> 事業の運営を行うために必要な広さを有する特定の区画(事務室、受付、相談スペースなど) <input type="checkbox"/> 必要な設備・備品(手指洗浄のための洗面所・トイレ・机・いす・パソコン・鍵付き書庫など) (※部屋等の広さの数値を記入。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。)
7	設備・備品等一覧表(参考様式3)				<input type="checkbox"/> 浴槽(身体の不自由な者が入浴するのに適したもの) <input type="checkbox"/> 車両(浴槽を運搬し又は入浴設備を備えたもの)(※写真で確認する)
8	主要な場所の写真				<input type="checkbox"/> 建物外観、玄関内外、事務室、手指洗浄のための洗面所(消毒液、ペーパータオル設置)、トイレ、相談スペース、鍵付き書庫、ほか上記の設備・備品、浴槽、移動用の車両
9	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) <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"/> 保険給付の対象とならない費用 <input type="checkbox"/> 緊急時の対応 <input type="checkbox"/> 守秘義務
10	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)
11	従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表(参考様式1)				<input type="checkbox"/> (訪問入浴の場合)看護職員1人以上、介護職員2人以上(うち1人以上は常勤) <input type="checkbox"/> (介護予防訪問入浴の場合)看護職員1人以上、介護職員1人以上
12	資格が必要な職種の資格証明書				<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)
13	協力医療機関との契約書等				<input type="checkbox"/>
14	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
15	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
16	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)
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業済みの法人で、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	
------	--

※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と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ください。