

自己点検シート（（介護予防）認知症対応型通所介護）

事業所名		
点検者 (職名及び氏名)		
電話番号		
点検年月日	年	月 日
介護給付費の算定状況やサービス提供状況（直近2年）		
・ 該当する項目を○で囲んでください。		
施設等の区分	単独型 ・ 併設型 ・ 共用型	
宿泊サービスの提供	あり	なし
自費でのデイサービスの提供	あり	なし
上記以外の自費サービスの提供	あり	なし
送迎時の居宅内介助での算定	あり	なし
サービスを中断（中抜け）して算定	あり	なし
屋外でのサービス提供	あり	なし
定員超過による減算の状況	あり	なし
職員の欠員による減算の状況	看護職員（70/100） ・ 介護職員（70/100）	なし
同一建物減算	あり	なし
送迎減算	あり	なし
高齢者虐待防止措置未実施減算	あり	なし
業務継続計画未策定減算	あり	なし
2時間未満のサービス提供	あり	なし
2～3時間のサービス提供	あり	なし
時間延長サービス体制	あり（9時間以上）	なし
感染症・災害による利用者減の加算	あり	なし
入浴介助加算	加算Ⅰ ・ 加算Ⅱ	なし
生活機能向上連携加算	加算Ⅰ ・ 加算Ⅱ	なし
個別機能訓練加算	加算Ⅰ ・ 加算Ⅱ	なし
ADL維持等加算	加算Ⅰ ・ 加算Ⅱ	なし
若年性認知症利用者受入加算	あり	なし
栄養アセスメント加算	あり	なし
栄養改善加算	あり	なし
口腔・栄養スクリーニング加算	加算Ⅰ ・ 加算Ⅱ	なし
口腔機能向上加算	加算Ⅰ ・ 加算Ⅱ	なし
科学的介護推進体制加算	あり	なし
サービス提供体制強化加算	加算Ⅰ ・ 加算Ⅱ ・ 加算Ⅲ	なし
介護職員等処遇改善加算	加算Ⅰ ・ 加算Ⅱ ・ 加算Ⅲ ・ 加算Ⅳ ・ 加算Ⅴ	なし

自己点検シート

○各項目を確認書類等により点検し、確認事項の内容を満たしているものには「適」、そうでないものは「不適」、該当しないものは「該当なし」にチェックをしてください。

○地域密着型サービス及び地域密着型介護予防サービス共通とします。その際、地域密着型介護予防サービスにおいては認知症対応型通所介護を介護予防認知症対応型通所介護に、要介護を要支援に、居宅サービス計画を介護予防サービス計画に、居宅介護支援事業者を介護予防支援事業者に、それぞれ読み替えてください。

点検項目	確認事項	確認書類等	点検結果		
			適	不適	該当なし
指定地域密着型サービスの事業の一般原則					
1	指定地域密着型サービスの事業の一般原則	利用者の意思及び人格を尊重して、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		事業を運営するに当たっては、地域との結び付きを重視し、市町村、他の居宅サービス事業者等その他の保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との連携に努めていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		利用者の人権の擁護、虐待の防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、その従業者に対し、研修を実施する等の措置を講じていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		サービスの提供に当たり、介護保険等関連情報その他必要な情報を活用し、適切かつ有効に行うよう努めていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<ul style="list-style-type: none"> ・ 運営規程 ・ 重要事項説明書 			
I 基本方針					
2	基本方針	要介護状態となった場合でも、利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう生活機能の維持又は向上を目指し、必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持並びに利用者家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るものとなっていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	介護予防	利用者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことができるよう、必要な日常生活上の支援及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身機能の維持回復を図り、利用者の生活機能の維持又は向上を目指すものとなっていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<ul style="list-style-type: none"> ・ 運営規程 			

点検項目	確認事項	確認書類等	点検結果		
			適	不適	該当なし
II 人員基準					
3 従業員の員数	<p>【生活相談員】</p> <p>提供日ごとに、サービスを提供している時間帯に生活相談員が勤務している時間数（*1）の合計数をサービス提供時間帯の時間数で除して得た数が1以上となっていますか。</p> <p>※生活相談員は、社会福祉士・精神保健福祉士・介護支援専門員・介護福祉士・社会福祉主事任用資格を有する者又はこれらと同等以上の能力を有する者であること。</p> <p>*1 生活相談員の確保すべき勤務時間数には、サービス担当者会議や地域ケア会議に出席する時間などを含めることができる。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>【看護職員又は介護職員】</p> <p>単位毎に、専ら当該サービスの提供に当たる看護職員（看護師又は准看護師）又は介護職員（*）を1名以上配置していますか。</p> <p>※1 提供時間帯を通じて専従する必要はないが、提供時間帯を通じて事業所と密接かつ適切な連携を図ること。</p> <p>密接かつ適切な連携とは…事業所へ駆けつけることができる体制や適切な指示ができる連絡体制などを確保すること</p> <p>看護職員又は介護職員が勤務している時間数の合計数をサービス提供時間数（*）で除した数が1以上となっていますか。</p> <p>（*）当該単位における平均提供時間数（利用者ごとの提供時間数の合計を利用者数で除して得た数）</p> <p>看護職員又は介護職員を、常時1人以上従事させていますか。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 職員の勤務体制表 ・ 常勤・非常勤の区分及び1か月の勤務時間が分かる書類 ・ 職員の専任、兼任の状況が分かる書類 ・ 出勤簿又はタイムカードなど出勤時間が分かる書類 ・ 職員の資格、実務経験が分かる書類 ・ 雇用契約書 ・ 就業規則 ・ 賃金台帳等 ・ サービス提供日ごとの利用者数及び利用者の所要時間が分かる書類（サービス提供記録等） 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>【機能訓練指導員】</p> <p>機能訓練指導員を1名以上配置していますか。</p> <p>機能訓練指導員は、日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練を行う能力を有する者（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護師、准看護師、柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師、はり師又はきゅう師）ですか。</p> <p>はり師又はきゅう師を機能訓練指導員として配置する場合は、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護師、准看護師、柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師の資格を有する機能訓練指導員を配置した事業所で6月以上機能訓練指導に従事した経験を有する者であることを、当該はり師・きゅう師が機能訓練指導に従事した事業所の管理者が書面でそれを証していることを確認していますか。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>利用定員は、12人以下ですか。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>生活相談員、看護職員又は介護職員のうち1名以上は常勤となっていますか。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	確認事項	確認書類等	点検結果			
			適	不適	該当なし	
4 管理者	<p>管理者は、常勤・専従（※）ですか。</p> <p>（※管理上支障がない場合は、他の<u>事業所等</u>と兼務することができる。）</p> <p>→ 次の事項について記載してください。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・兼務の有無（有・無） ・当該事業所内で他職種と兼務している場合はその職種名 <p>（ ）</p> <p>・他事業所等の職務と兼務している場合は 兼務事業所の事業所名称、職種名、 1週間あたりの勤務時間数</p> <p>事業所名：（ ） 職種名：（ ） 1週間あたりの勤務時間：（ ）時間</p> <p>なお、以下の場合は、管理者の業務に支障があると考えられます。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・管理すべき事業所数が過剰であると個別に判断される場合 ・併設される入所施設において入所者に対しサービス提供を行う看護・介護職員と兼務する場合（施設における勤務時間が極めて限られている場合を除く） ・事故発生時等の緊急時において管理者自身が速やかに当該事業所に駆け付けることができない体制となっている場合 	<ul style="list-style-type: none"> ・管理者の雇用形態が分かる文書 ・研修修了書 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<p>認知症対応型サービス事業管理者研修を修了していますか（経過措置・みなし措置あり）。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
III 設備基準						
5 設備及び備品等	<p>食堂、機能訓練室、静養室、相談室及び事務室を有していますか。また、消火設備その他の非常災害に際して必要な設備並びに指定通所介護の提供に必要なその他の設備・備品を備えていますか。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・事業所の平面図 ・設備、備品台帳 ・消防署への届出 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<p>【食堂、機能訓練室】</p> <p>食堂及び機能訓練室は、それぞれ必要な広さがあり、その合計した面積は三平方メートルに利用定員を乗じて得た面積以上となっていますか。</p> <p>※ 食堂及び機能訓練室は、食事の提供の際にはその提供に支障がない広さを確保でき、かつ機能訓練を行う際には、その実施に支障がない広さを確保できていれば、同一の場所として可。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<p>【相談室】</p> <p>遮へい物の設置など相談の内容が漏えいしないよう配慮されていますか。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<p>【消火設備その他非常災害に際して必要な設備】</p> <p>消防法その他法令等に規定された設備は確実に設置されていますか。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<p>夜間及び深夜に当該事業所の利用者を宿泊させる等のサービスを提供する場合には、市町村へ届け出ていますか。</p>		<ul style="list-style-type: none"> ・宿泊サービスの事業の開始届 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	確認事項	確認書類等	点検結果			
			適	不適	該当なし	
IV 運営基準						
6	内容及び手続きの説明及び同意	<p>事業所の概要、重要事項（※）について記した文書を交付し、利用申込者又はその家族に対し説明を行い、利用申込者の同意を得ていますか。</p> <p>※ 運営規程の概要、勤務体制、事故発生時の対応、苦情処理の体制、提供するサービスの第三者評価の実施状況（実施の有無、実施した直近の年月日、実施した評価の機関の名称、評価結果の開示状況）等利用申込者のサービス選択に資すると認められる事項</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・重要事項説明書 ・利用契約書 ・同意に関する記録 ・事業者が発行するパンフレット、チラシ ・第三者評価を実施している場合は、第三者評価を実施したことがわかる資料 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	提供拒否の禁止	正当な理由なくサービスの提供を拒んだことはありませんか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	サービス提供困難時の対応	自ら適切なサービス提供が困難な場合、当該利用申込者に係る居宅介護支援事業者への連絡、適当な他事業者等の紹介など必要な措置を速やかに取っていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	受給資格等の確認	利用申込者の被保険者証で、被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間を確認していますか。	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の介護保険被保険者証番号、有効期限等を確認している記録 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		被保険者証に認定審査会意見が記載されているときは、サービス提供に際し、その意見を考慮していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	要介護認定の申請に係る援助	利用申込者が要介護認定を受けていない場合は、要介護認定申請のために必要な援助を行っていますか。	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者に関する記録 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		要介護認定の有効期間が終了する30日前には更新申請が行われるよう必要な援助を行っていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	心身の状況等の把握	サービス担当者会議等を通じて利用者の心身の状況等の把握に努めていますか。	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者に関する記録 ・サービス担当者会議の記録 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	居宅介護支援事業者等との連携	サービス提供に当たっては、居宅介護支援事業者その他保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めていますか。	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者に関する記録 ・情報提供に関する記録 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		サービス提供の終了に際しては、利用者又はその家族に対して適切な指導を行うとともに、居宅介護支援事業者に対する情報の提供及び保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	法定代理受領サービスの提供を受けるための援助	利用申込者又はその家族に対し、居宅サービス計画の作成を居宅介護支援事業者に依頼する旨を市町村に対して届け出ること等により、指定認知症対応型通所介護を法定代理受領サービスとして受けることができる旨を説明すること、居宅介護支援事業者に関する情報提供すること、その他の法定代理受領サービスを行うために必要な援助を行っていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目		確認事項	確認書類等	点検結果		
				適	不適	該当なし
14	居宅サービス計画等に沿ったサービスの提供	居宅サービス計画（予防の場合は介護予防サービス計画又は介護予防ケアプラン）が作成されている場合は、当該計画に沿ったサービスを提供していますか。	・居宅（介護予防）サービス計画書の写し ・週間サービス計画表 ・認知症対応型通所介護計画書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	居宅サービス計画等の変更の援助	利用者が居宅サービス計画の変更を希望する場合は、必要な援助を行っていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	サービスの提供の記録	介護サービスを提供した際は、必要な事項を書面に記録していますか。	・サービス提供記録 ・業務日誌 ・送迎記録（車両運行記録） ・食事提供に関する記録 ・入浴に関する記録 ・サービス提供票・別表	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		介護サービスを提供した際は、具体的なサービス内容等を記録するとともに、利用者からの申出があった場合には、文書の交付その他適切な方法により、情報提供していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	利用料等の受領	法定代理受領サービスの場合、利用者から利用者負担分の支払を受けていますか。	・運営規程 ・利用料の請求書、領収書 ・説明文書 ・同意に関する記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		法定代理受領サービスに該当しない通所介護を提供した場合の利用料と、居宅介護サービス費用基準額との間に、不合理な差額を生じさせていませんか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		上記の支払いを受ける額のほか、次に掲げる費用の額以外の支払いを利用者から受けていますか。 ①利用者の選定により通常の事業の実施地域以外の地域に居住する利用者に対して行う送迎に要する費用 ②通常要する時間を超えるサービス提供で、利用者の選定に係るものの提供に伴い必要となる費用の範囲内において、通常の指定通所介護に係る居宅介護サービス費用基準額を超える費用 ③食事の提供に要する費用 ④おむつ代 ⑤指定認知症対応型通所介護の提供において提供されるサービスのうち、日常生活においても通常必要となるものに係る費用であって、利用者負担とすることが適当な費用		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		前項の費用の額に係るサービス提供に当たっては、あらかじめ利用者又はその家族に対し、当該サービスの内容及び費用について説明し、同意を得ていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		サービスの提供に要した費用の支払いを受けた際、領収証を交付していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		上記の領収証には、それぞれ個別の費用ごとに区分して記載していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		18		保険給付の請求のための証明書の交付	法定代理受領サービスに該当しない認知症対応型通所介護に係る利用料の支払いを受けた場合は、提供した認知症対応型通所介護の内容、費用の額その他必要と認められる事項を記載したサービス提供証明書を利用者に対し交付していますか。	・サービス提供証明書控
19	基本取扱方針	利用者の認知症の症状の進行の緩和に資するよう、目標を設定し、計画的に行っていますか。	・認知症対応型通所介護計画書 ・居宅サービス計画書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		自らその提供するサービスの質の評価を行い、常にその改善を図っていますか。	・自己評価基準等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	確認事項	確認書類等	点検結果		
			適	不適	該当なし
22 認知症対応型通所介護計画書の作成	管理者は、利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、具体的なサービスの内容等を記載した認知症対応型通所介護計画書を作成していますか。	<ul style="list-style-type: none"> ・アセスメントに関する記録 ・居宅（介護予防）サービス計画書の写し ・認知症対応型通所介護計画書 ・モニタリングに関する記録 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	認知症対応型通所介護計画書は居宅サービス計画書に沿った内容となっていますか。又必要に応じて変更していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	管理者は、認知症対応型通所介護計画書の内容について利用者又はその家族に説明を行い、利用者から同意を得ていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	管理者は、認知症対応型通所介護計画書を利用者に交付していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	提供したサービスの実施状況や目標の達成状況の記録を行っていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	居宅サービス計画に基づきサービスを提供している指定認知症対応型通所介護事業者は、当該居宅サービス計画を作成している指定居宅介護支援事業者から認知症対応型通所介護計画の提供の求めがあった際には、当該認知症対応型通所介護計画を提供することに協力するよう努めていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 利用者に関する市町村への通知	利用者が、正当な理由なしに利用に関する指示に従わないことにより、要介護状態の程度を増進させたと認められるときは、その旨を市町村に通知していますか。	<ul style="list-style-type: none"> ・情報提供に関する記録 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	利用者が、偽りその他不正な行為によって保険給付を受け、又は受けようとしたときは、その旨を市町村に通知していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24 緊急時等の対応	利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じていますか。	<ul style="list-style-type: none"> ・運営規程 ・緊急時対応マニュアル（緊急時の連絡体制を含む。） ・連絡に関する記録 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25 管理者の責務	<u>管理者は次の業務を適切に行っていますか。</u>	<ul style="list-style-type: none"> ・組織図 ・業務分担表 ・業務報告書 ・業務日誌等 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<u>①介護保険法の基本理念を踏まえた利用者本位のサービス提供を行うため、利用者へのサービス提供の場面等で生じる事象を適時かつ適切に把握しながら、従業者及び業務の管理を一元的に行っていますか。</u> <u>②当該事業所の従業者に、運営に関する基準を遵守させるための必要な指揮命令を行っていますか。</u>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26 運営規程	指定認知症対応型通所介護事業所ごとに次に掲げる重要事項に関する規程を定めていますか。 ①事業の目的及び運営の方針 ②従業者の職種、員数及び職務の内容 ③営業日及び営業時間 ④指定通所介護の利用定員 ⑤指定認知症対応型通所介護の内容及び利用料その他の費用の額 ⑥通常の事業の実施地域 ⑦サービス利用に当たっての留意事項 ⑧緊急時等における対応方法 ⑨非常災害対策 ⑩虐待の防止のための措置に関する事項 ⑪その他運営に関する重要事項 ※⑩については、虐待の防止に係る、組織内の体制（責任者の選定、従業者への研修方法や研修計画等）や虐待又は虐待が疑われる事象が発生した場合の対応方法等を示す内容であること。	<ul style="list-style-type: none"> ・運営規程 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	確認事項	確認書類等	点検結果		
			適	不適	該当なし
勤務体制の確保等① (勤務表、研修の機会等)	利用者に対し、適切なサービスを提供できるよう事業所ごとに勤務の体制（日々の勤務時間、常勤・非常勤の別、職員配置、管理者との兼務関係等）を定めていますか。	・ 職員の勤務体制表 (原則として月ごと)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	当該事業所の従業者によってサービスを提供していますか。 ※調理、洗濯等の利用者の処遇に直接影響を及ぼさない業務については委託可。	・ 雇用契約書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	従業者の資質向上のために、研修の機会を確保していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	全ての通所介護従業者（看護師、准看護師、介護福祉士、介護支援専門員、社会福祉士、認知症介護実践者研修修了者等を除く）に対し、認知症介護に係る基礎的な研修を受講させるために必要な措置を講じていますか。	・ 研修受講修了証明書 ・ 研修計画 ・ 研修実施記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27 勤務体制の確保等② (ハラスメント)	適切な認知症対応型通所介護の提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより担当職員の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じていますか。				
	①次の指針に規定されている内容に沿って必要な措置を講じていますか。 (1) 事業主が職場における性的な言動に起因する問題に関して雇用管理上講ずべき措置等についての指針（平成18年厚生労働省告示第615号） (2) 事業主が職場における優越的な関係を背景とした言動に起因する問題に関して雇用管理上講ずべき措置等についての指針（令和2年厚生労働省告示第5号）		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	②職場におけるハラスメントの内容及び職場におけるハラスメントを行ってはならない旨の方針を明確化し、従業者に周知・啓発していますか。	・ ハラスメント防止に関する方針 ・ 従業者に周知・啓発していることがわかる資料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	③相談(苦情を含む。)に対応する担当者をあらかじめ定めること等により、相談の対応のための窓口をあらかじめ定め、労働者に周知していますか。	・ 担当者を設置したことが分かる文書 ・ 従業者に周知していることがわかる資料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	※②・③の措置を講じるにあたっては次のマニュアルや手引きを参考にすること。（厚生労働省ホームページ掲載） (1) 介護現場におけるハラスメント対策マニュアル (2) (管理職・職員向け)研修のための手引き				
	④介護現場では特に、利用者又はその家族等からのカスタマーハラスメントの防止が求められていることから、次の事項について取り組むように努めていますか。 (1) 相談に応じ、適切に対応するために必要な体制の整備 (2) 被害者への配慮のための取組（メンタルヘルス不調への相談対応、行為者に対して1人で対応させない等） (3) 被害防止のための取組（マニュアル作成や研修の実施、業種・業態等の状況に応じた取組）	・ 各取組がわかる資料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	確認事項	確認書類等	点検結果		
			適	不適	該当なし
28 業務継続計画の策定等【減算項目】	<p>感染症や非常災害の発生時において、利用者に対するサービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じていますか。</p> <p>計画に必要な項目</p> <p>①感染症に係る業務継続計画 (1) 平時からの備え（体制構築・整備、感染症防止に向けた取組の実施、備蓄品の確保等） (2) 初動対応 (3) 感染拡大防止体制の確立（保健所との連携、濃厚接触者への対応、関係者との情報共有等）</p> <p>②災害に係る業務継続計画 (1) 平常時の対応（建物・設備の安全対策、電気・水道等のライフラインが停止した場合の対策、必要品の備蓄等） (2) 緊急時の対応（業務継続計画発動基準、対応体制等） (3) 他施設及び地域との連携</p>	・ 業務継続計画	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>事業者は職員に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的（年1回以上）に実施していますか。 ※研修については、新規採用時には別に研修を実施することが望ましい。</p>	・ 研修及び訓練の記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>事業者は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行っていますか。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29 定員の遵守	<p>サービス提供日において、利用定員を超えてサービスの提供を行っていませんか。</p>	<p>・ 運営規程 ・ サービス提供日ごとの利用者の数がわかる書類</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30 非常災害対策	<p>非常災害に関する具体的計画を立て、関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に従業者に周知していますか。また、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行っていますか。</p>	<p>・ 非常災害時の対応計画（管轄消防署へ届け出た消防計画（風水害、地震対策含む）又はこれに準ずる計画） ・ 避難訓練の記録 ・ 通報・連絡体制に関する書類</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>上記に規定する訓練の実施に当たって、地域住民の参加が得られるよう連携に努めていますか。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	確認事項	確認書類等	点検結果		
			適	不適	該当なし
31 衛生管理等	<p>利用者の使用する施設、食器その他の設備・飲料水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講じていますか。</p> <p>※特に、インフルエンザ対策、腸管出血性大腸菌感染症対策、レジオネラ症対策等については、別途発出されている通知に基づき、適切な措置を講じていますか。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 衛生管理マニュアル 衛生管理に関する記録 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じていますか。</p>				
	<p>①事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会をおおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、職員に周知徹底を図っていますか。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 委員会の実施記録 従業員に周知していることがわかる資料 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>②事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための指針を整備していますか。</p> <p>※「介護現場における感染対策の手引き」（厚生労働省）を参考にすること。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 指針 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>③事業所において、職員に対し、感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を定期的（年1回以上）に実施していますか。</p> <p>※研修については、新規採用時には別に研修を実施することが望ましい。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 研修及び訓練の記録 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>食中毒及び感染症の発生を防止するための措置等について、必要に応じ保健所の助言・指導を求めるとともに、密接な連携を図っていますか。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 研修実施記録 指導等に関する記録 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32 掲示	<p>事業所の利用者から見やすい場所に、運営規程の概要、従業員の勤務体制その他の利用申込者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を掲示していますか。</p> <p>※上記事項を記載した書面を事業所に備え付け、かつ、これをいつでも関係者に自由に閲覧させることにより、掲示に代えることができます。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p><u>重要事項をウェブサイトに掲載していますか。</u> <u>【令和7年3月31日まで努力義務】</u></p> <p><u>ここでいうウェブサイトとは、法人のホームページ等又は介護サービス情報公表システムを指します。</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> 法人のホームページ 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p><u>なお、介護サービス情報公表システムへの報告義務がない以下の事業者（※）においても、ウェブサイトへの掲載を行うことが望ましい。</u></p> <p><u>（※）年間の居宅介護サービス費の支給の対象となるサービスの対価として支払いを受けた金額が100万円以下であるもの、または、災害その他都道府県知事に対し報告を行うことができないことにつき正当な理由があるもの</u></p>				
33 秘密保持等	<p>従業者及び管理者が、正当な理由なく、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らすことのないよう必要な措置を講じていますか。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 秘密保持に関する就業時の取り決め 就業規則 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>従業者及び管理者であった者が、正当な理由なく、その業務上知り得た利用者またはその家族の秘密を漏らすことのないよう必要な措置を講じていますか。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いる場合は利用者の同意を、利用者の家族の個人情報を用いる場合は当該家族の同意を、あらかじめ文書により得ていますか。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 利用者の個人情報同意等の記録 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目		確認事項	確認書類等	点検結果		
				適	不適	該当なし
34	広告	広告内容が虚偽又は誇大なものになっていませんか。	・事業者が発行しているパンフレット、チラシ ・法人のホームページ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35	居宅介護支援事業者に対する利益供与の禁止	居宅介護支援事業者又はその従業者に対し、利用者に特定の事業者によるサービスを利用させることの対償として、金品その他の財産上の利益を供与していませんか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36	苦情処理	利用者及びその家族からの苦情に対し、迅速かつ適切に対応していますか。また苦情受付窓口を設置する等必要な措置を講じていますか。	・苦情対応マニュアル ・苦情に関する記録 ・市町村への報告記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		ここでいう「必要な措置」とは、具体的には、相談窓口、苦情処理の体制及び手順等当該事業所における苦情を処理するために講ずる措置の概要について明らかにし、利用申込者又はその家族にサービスの内容を説明する文書に苦情に対する措置の概要についても併せて記載するとともに、事業所に掲示し、かつウェブサイトに掲載すること等である。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		苦情件数 : 年 件程度 苦情相談窓口の設置 : 有 ・ 無 相談窓口担当者 :		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		苦情相談を受けた場合には、苦情相談等の内容を記録・保存していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37	地域との連携等	事業の運営に当たっては、地域住民又はその自発的な活動等との連携及び協力を行う等の地域との交流を図っていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		事業の運営に当たっては、提供したサービスに関する利用者からの苦情に関して、市町村等が派遣する者が相談及び援助を行う事業その他の市町村が実施する事業に協力するよう努めていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		事業の所在する建物と同一の建物に居住する利用者に対してサービス提供する場合には、当該建物に居住する利用者以外の者に対しても、正当な理由がある場合を除き、サービス提供を行うよう努めていますか。	・利用者名簿	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38	運営推進会議の実施	概ね6月に1回以上、運営推進会議を開催し、活動状況を報告し、評価を受けるとともに、必要な要望、助言等を聞く機会を設けていますか。	・運営推進会議の記録 ・同意書(テレビ電話等を活用する場合)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		→ 直近の運営推進会議の実施年月日 年 月 日		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		※テレビ電話装置等の活用可。ただし、利用者等が参加する場合は、テレビ電話装置等の活用についての同意が必要。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		*複数の事業所の運営推進会議を合同で開催する場合は、次の条件を満たしていますか。 (1)利用者及び利用者家族については匿名とするなど、個人情報・プライバシーを保護すること。 (2)同一の日常生活圏域内に所在する事業所であること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		運営推進会議の報告、評価、要望、助言等についての記録を作成し、当該記録を公表していますか。	・法人のホームページ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		運営推進会議を開催した場合、速やかに市に報告書を提出していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	確認事項	確認書類等	点検結果		
			適	不適	該当なし
39 事故発生時の対応	事故が発生した場合は、市町村、当該利用者の家族、当該利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じていますか。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 事故対応マニュアル ・ 事故に関する記録 ・ 再発防止策の検討の記録 ・ ヒヤリハットの記録 ・ 市町村・家族・介護支援専門員への報告の記録 ・ 損害賠償関係書類 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	事故があった場合、事故の状況や措置について記録していますか。 →過去一年間の事故の有無： 有 ・ 無 →市への報告： 有 ・ 無		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	※過去に事故が発生していない場合でも、発生した場合に備えて、あらかじめ対応方法や記録様式等を定めておくことが望ましい。				
	賠償すべき事故が発生した場合は損害賠償を速やかに行っていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	事故が生じた際には、原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	宿泊サービスにおいて事故が発生した場合にも、上記と同様の措置を講じていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40 虐待の防止 【減算項目】	虐待の発生又はその再発を防止するため、次に掲げる措置を講じていますか。				
	<p>1. 事業所における虐待の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等の活用可）を定期的に開催するとともに、その結果について、職員に周知徹底を図ること。</p> <p>※委員会の検討内容</p> <p>(1) 虐待防止検討委員会その他事業所内組織に関すること (2) 虐待の防止のための指針の整備に関すること (3) 虐待の防止のための職員研修に関すること (4) 虐待等について、従業員が相談・報告できる体制整備に関すること (5) 従業員が虐待等を把握した場合に、市町村への通報が迅速かつ適切に行われるための方法に関すること (6) 虐待等が発生した場合、その発生原因等の分析から得られる再発の確実な防止策に関すること (7) 前号の再発の防止策を講じた際に、その効果についての評価に関すること</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 委員会の実施記録 ・ 従業員に周知していることがわかる書類 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>2. 事業所における虐待の防止のための指針を整備すること。</p> <p>※指針に盛り込む項目</p> <p>(1) 事業所における虐待の防止に関する基本的な考え方 (2) 虐待防止検討委員会その他事業所内の組織に関する事項 (3) 虐待の防止のための職員研修に関する基本方針 (4) 虐待等が発生した場合の対応方法に関する基本方針 (5) 虐待等が発生した場合の相談・報告体制に関する事項 (6) 成年後見制度の利用支援に関する事項 (7) 虐待等に係る苦情解決方法に関する事項 (8) 利用者等に対する当該指針の閲覧に関する事項 (9) その他虐待の防止の推進のために必要な事項</p>	・ 指針	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>3. 職員に対し、虐待の防止のための研修を定期的に（年1回以上）実施すること。 ※新規採用時には必ず虐待の防止のための研修を実施すること。 ※研修の実施内容についても記録すること。</p>	・ 研修の記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>4. 上記3項目に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置くこと。</p>	・ 担当者を設置したことが分かる文書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目		確認事項	確認書類等	点検結果		
				適	不適	該当なし
41	会計の区分	事業所ごとに経理を区分するとともに、指定認知症対応型通所介護事業の会計とその他の事業の会計を区分してありますか。	・会計関係書類	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42	記録の整備	従業者、設備、備品及び会計に関する諸記録を整備していますか。	・職員名簿・設備台帳 ・会計関係書類	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		利用者に対するサービスの提供に関する次に掲げる記録を整備し、その完結の日から2年間保存していますか。 ①認知症対応型通所介護計画 ②提供した具体的なサービスの内容等の記録 ③（ <u>身体的拘束を行った場合のみ</u> ） <u>身体的拘束等の態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由の記録</u> ④市町村への通知に係る記録 ⑤苦情の内容の記録 ⑥事故の状況及び事故に際して採った処置についての記録 ⑦運営推進会議に関する報告、評価、要望、助言等の記録 ※「その完結の日」とは、個々の利用者につき、契約終了（契約の解約・解除、他の施設への入所、利用者の死亡、利用者の自立等）により一連のサービス提供が終了した日を指すもの。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43	電磁的記録等	（電磁的記録について） (1) 作成、保存その他これらに類する者ものうち、西宮市条例の規定において書面で行うことが規定されている又は規程されるものについては、書面に代えて、当該書面に係る、電磁的記録により行うことができます。 (2) 交付、説明、同意、承諾その他これらに類するものうち、西宮市条例の規定において書面で行うことが規定されている又は規程されるものについては、当該交付等の相手方の承諾を得て、書面に代えて、電磁的方法によることができます。				
V 変更の届出等						
44	変更の届出等	当該指定に係る事業所の名称及び所在地その他厚生労働省令で定める事項に変更があったときは、10日以内にその旨を市に届け出ていますか。	・届出書類の控	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>