

# 事前提出資料

## 【地域密着型通所介護】

|        |                                    |
|--------|------------------------------------|
| サービス種別 | <input type="checkbox"/> 地域密着型通所介護 |
|--------|------------------------------------|

※該当サービスにチェックしてください。

|           |                 |   |       |
|-----------|-----------------|---|-------|
| 記入年月日     | 年 月 日           |   |       |
| 事業所名      |                 |   |       |
| 介護保険事業所番号 |                 |   |       |
| 設置法人名     |                 |   |       |
| 法人代表者     | 職名              |   | 氏名    |
| 事業所所在地    | 〒               |   |       |
|           | 電話番号            |   | FAX番号 |
|           | 事業所公用の電子メールアドレス | @ |       |
| 管理者氏名     |                 |   |       |

|     |           |   |       |  |
|-----|-----------|---|-------|--|
| 記入者 | 職名        |   | 氏名    |  |
|     | 電話番号      |   | FAX番号 |  |
|     | 電子メールアドレス | @ |       |  |



# 確認項目に係る自己点検表

## 【 地域密着型通所介護 】

※ 貴事業所において、チェックしてください。

| 確認項目  | 適                        | 否                        | 非該当                      | 指導日等確認文書   |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| <p>・ 次のいずれかの資格を有する者か<br/>理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師、理学療法士等の資格を有する機能訓練指導員を配置した事業所で6月以上勤務し、機能訓練指導に従事した経験を有するはり師・きゅう師</p> <p>(5) その他(利用定員10人以上の場合)</p> <p>・ 生活相談員又は介護職員のうち、1人以上は、常勤か。</p>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <p>・ 資格要件に合致していることがわかるもの</p>   |
| <p><b>2 利用定員10人以下である場合の従業者の員数等</b></p> <p>・ 単位ごとに、介護職員又は看護職員を常時1人以上配置しているか。</p> <p>・ 生活相談員又は介護職員又は看護職員のうち、1人以上は常勤を配置しているか。</p>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <p>・ 従業者の勤務体制及び勤務実績がわかるもの</p> <p>・ 従業者の勤怠状況がわかるもの</p> <p>・ 資格要件に合致していることがわかるもの</p> |
| <p><b>3 管理者</b></p> <p>・ 常勤専従か、他の職務を兼務している場合、兼務体制は適切か。<br/>ただし、管理上支障がない場合は、①又は②との兼務可。<br/>①当該事業所のその他の職務<br/>②他の事業所、施設等の職務＝管理業務とする。<br/>※兼務する職務が該当事業所の管理業務と同時並行的に行えない場合は不可。<br/>※兼務不可の例<br/>＝地域密着型通所介護管理者と訪問介護員(専従)<br/>＝地域密着型通所介護管理者と入所施設看護職員(専従)</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <p>・ 管理者の雇用形態がわかるもの</p> <p>・ 管理者の勤務体制及び勤務実績がわかるもの</p> <p>・ 管理者の勤怠状況がわかるもの</p>      |

## 確認項目に係る自己点検表

### 【 地域密着型通所介護 】

※ 貴事業所において、チェックしてください。

| 確認項目                         | 適                        | 否                        | 非該当                      | 指導日等確認文書 |
|------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------|
| <b>設備に関する基準</b>              |                          |                          |                          |          |
| <b>【設備】</b>                  |                          |                          |                          |          |
| ・ 平面図に合致しているか。【目視】           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ・ 平面図    |
| ・ 使用目的に沿って使われているか。【目視】       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |          |
| ・ 個人情報は鍵付きの保管庫に保管されているか。【目視】 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |          |



# 確認項目に係る自己点検表

## 【地域密着型通所介護】

※ 貴事業所において、チェックしてください。

| 確認項目   | 適                        | 否                        | 非該当                      | 指導日等確認文書   |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>身体的拘束等を行う場合、その態様及び時間、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を記録しているか。</li> </ul>                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>身体的拘束等を行う場合、その態様及び時間、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を記録しているか。</li> </ul>                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| <p><b>【地域密着型通所介護計画の作成】</b></p>   |                          |                          |                          |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>利用者の心身の状況、希望、その置かれている環境等を踏まえているか。</li> </ul>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <ul style="list-style-type: none"> <li>居宅サービス計画</li> <li>地域密着型通所介護計画</li> </ul>                    |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>機能訓練等の目標、当該目標を達成するための具体的なサービス内容等を記載しているか。</li> </ul>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <ul style="list-style-type: none"> <li>アセスメントの結果がわかるもの</li> <li>モニタリングの結果がわかるもの</li> </ul>         |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>利用者又はその家族への説明・同意・交付は行われているか。</li> </ul>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>利用者について、計画に従ったサービスの実施状況及び目標の達成状況の記録を行っているか。</li> </ul>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| <p><b>【利用料等の受領】</b></p>  |                          |                          |                          |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>利用者からの費用徴収は適切に行っているか。</li> </ul>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <ul style="list-style-type: none"> <li>請求書</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>領収書を発行しているか。</li> </ul>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <ul style="list-style-type: none"> <li>領収書控</li> </ul>   |
| <p><b>【地域密着型通所介護計画の作成】</b></p>   |                          |                          |                          |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>居宅サービス計画に基づいて地域密着型通所介護計画を作成しているか。</li> </ul>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <ul style="list-style-type: none"> <li>居宅サービス計画</li> <li>地域密着型通所介護計画</li> <li>アセスメントシート</li> </ul> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>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、機能訓練等の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した地域密着型通所介護計画を作成しているか。</li> </ul> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <ul style="list-style-type: none"> <li>モニタリングシート</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>地域密着型通所介護計画の作成に当たっては、その内容について利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得て、交付しているか。</li> </ul>                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |

# 確認項目に係る自己点検表

## 【地域密着型通所介護】

※ 貴事業所において、チェックしてください。

| 確認項目   | 適                        | 否                        | 非該当                      | 指導日等確認文書  |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>地域密着型通所介護計画に従ったサービスの実施状況及び目標の達成状況の記録をしているか。</li> </ul>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| <p><b>【緊急時等の対応】</b></p>  |                          |                          |                          |   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>緊急時対応マニュアル等が整備されているか。</li> </ul>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <ul style="list-style-type: none"> <li>緊急時対応マニュアル</li> <li>サービス提供記録</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>緊急事態が発生した場合、速やかに主治の医師に連絡しているか。</li> </ul>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| <p><b>【運営規程】</b></p>   |                          |                          |                          |   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>運営における以下の重要事項について定めているか。 <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 事業の目的及び運営の方針</li> <li><input type="checkbox"/> 従業者の職種、員数及び職務の内容</li> <li><input type="checkbox"/> 営業日及び営業時間</li> <li><input type="checkbox"/> 指定地域密着型通所介護の利用定員</li> <li><input type="checkbox"/> 指定地域密着型通所介護の内容及び利用料<br/>その他の費用の額</li> <li><input type="checkbox"/> 通常の事業の実施地域</li> <li><input type="checkbox"/> サービス利用に当たっての留意事項</li> <li><input type="checkbox"/> 緊急時等における対応方法</li> <li><input type="checkbox"/> 虐待の防止のための措置に関する事項</li> <li><input type="checkbox"/> 非常災害対策</li> <li><input type="checkbox"/> その他運営に関する重要事項</li> </ul> </li> </ul> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <ul style="list-style-type: none"> <li>運営規程</li> </ul>                          |
| <p><b>【勤務体制の確保等】</b></p>   |                          |                          |                          |   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>サービス提供は事業所の従業者によって行われているか。</li> </ul>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <ul style="list-style-type: none"> <li>従業者の勤務体制及び勤務実績がわかるもの</li> </ul>          |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>資質向上のために研修の機会を確保しているか。</li> </ul>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <ul style="list-style-type: none"> <li>雇用の形態（常勤・非常勤）がわかるもの</li> </ul>           |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>介護に直接携わる職員のうち、医療・福祉関係の資格を有さない者について、認知症介護基礎研修等を受講させるための必要な措置を講じているか。</li> </ul>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <ul style="list-style-type: none"> <li>研修の計画及び実績がわかるもの</li> </ul>               |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>性的言動、優越的な関係を背景とした言動による就業環境が害されることの防止に向けた方針の明確化等の措置を講じているか。</li> </ul>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <ul style="list-style-type: none"> <li>職場におけるハラスメントによる就業環境悪化防止のための方針</li> </ul> |

# 確認項目に係る自己点検表

## 【地域密着型通所介護】

※ 貴事業所において、チェックしてください。

| 確認項目   | 適  | 否  | 非該当  | 指導日等確認文書   |
|--|--|--|--|--|
| <p><b>【業務継続計画の策定等】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>感染症、非常災害発生時のサービスの継続実施及び早期の業務再開の計画（業務継続計画）の策定及び必要な措置を講じているか。</li> <li>従業者に対する計画の周知、研修及び訓練を定期的に行っているか。</li> <li>定期的に計画の見直しを行い必要に応じて計画の変更を行っているか。</li> </ul>                          | <input type="checkbox"/><br><br><br><input type="checkbox"/><br><br><br><input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/><br><br><br><input type="checkbox"/><br><br><br><input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/><br><br><br><input type="checkbox"/><br><br><br><input type="checkbox"/>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>業務継続計画</li> <li>研修の計画及び実績がわかるもの</li> <li>訓練の計画及び実績がわかるもの</li> </ul>   |
| <p><b>【定員の遵守】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>利用定員を上回っていないか。</li> </ul>   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>国保連への請求書控え</li> </ul>   |
| <p><b>【非常災害対策】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>非常災害（火災、風水害、地震等）に対する具体的な計画はあるか。</li> <li>非常災害時の関係機関への通報及び連携体制は整備されているか。</li> <li>防火管理に関する責任者を定めているか。</li> <li>消火・避難訓練を実施しているか。</li> <li>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るか。</li> </ul> | <input type="checkbox"/><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><input type="checkbox"/><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><input type="checkbox"/><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><input type="checkbox"/><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><input type="checkbox"/><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><input type="checkbox"/><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><input type="checkbox"/><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><input type="checkbox"/><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><input type="checkbox"/><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><input type="checkbox"/><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><input type="checkbox"/> | <ul style="list-style-type: none"> <li>非常災害時の対応計画</li> <li>運営規定</li> <li>通報、連絡体制</li> <li>消防署への届出</li> <li>避難訓練の記録</li> </ul>  |
| <p><b>【衛生管理等】</b></p> <p>○感染症の発生又はまん延しないよう次の措置を講じているか</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>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開催（おおむね6月に1回以上）、その結果の周知。</li> <li>感染症の予防及びまん延の防止のための指針の整備。</li> <li>感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練の定期実施。</li> </ul>            | <input type="checkbox"/><br><br><br><input type="checkbox"/><br><br><br><input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/><br><br><br><input type="checkbox"/><br><br><br><input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/><br><br><br><input type="checkbox"/><br><br><br><input type="checkbox"/>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>感染症予防及びまん延防止のための対策を検討する委員会の開催状況・結果がわかるもの</li> <li>感染症の予防及びまん延防止のための指針</li> <li>感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練の実施状況・結果がわかるもの</li> </ul> |

# 確認項目に係る自己点検表

## 【地域密着型通所介護】

※ 貴事業所において、チェックしてください。

| 確認項目   | 適                        | 否                        | 非該当                      | 指導日等確認文書   |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| <b>【秘密保持等】</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>個人情報の利用に当たり、利用者（利用者の情報）及び家族（利用者家族の情報）から同意を得ているか。</li> <li>退職者を含む、従業者が利用者の秘密を保持することを誓約しているか。</li> </ul>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <ul style="list-style-type: none"> <li>個人情報の利用に関する同意書</li> <li>従業者の秘密保持誓約書</li> </ul>          |
| <b>【広告】</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>広告は虚偽又は誇大となっていないか。</li> </ul>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <ul style="list-style-type: none"> <li>パンフレット／チラシ</li> <li>web 広告</li> </ul>                   |
| <b>【地域との連携等】</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>運営推進会議を概ね6月に1回以上開催しているか。</li> <li>運営推進会議において、活動状況の報告を行い、評価を受けているか。</li> <li>運営推進会議で挙げた要望や助言が記録されているか。</li> <li>運営推進会議の会議録が公表されているか。</li> </ul> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <ul style="list-style-type: none"> <li>運営推進会議の記録</li> </ul>                                    |
| <b>【苦情処理】</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>苦情受付の窓口を設置するなど、必要な措置を講じているか。</li> <li>苦情を受け付けた場合、内容等を記録し、保管しているか。</li> <li>苦情の内容を踏まえたサービスの質向上の取組を行っているか。</li> </ul>                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <ul style="list-style-type: none"> <li>苦情の受付簿</li> <li>苦情者への対応記録</li> <li>苦情対応マニュアル</li> </ul> |

