

自己点検シート

サービス種別	介護予防・日常生活支援総合事業 (通所介護相当サービス)
--------	---------------------------------

記入日 : 令和 年 月 日

■事業所番号、事業所の名称、連絡先等を記載してください。

法人名
代表者職名・氏名

事業所番号									
フリガナ									
事業所名									
住所	(〒 ー)								
連絡先	電話		FAX						
	メールアドレス								
開設年月日	平成 令和 年 月 日								
指定年月日	令和 年 月 日								
管理者	職名		氏名						
記載担当者	職名		氏名						

介護予防・日常生活支援総合事業 (通所介護相当サービス)

根拠条文略称

要綱・・・・・・・・宇部市通所介護相当サービスの事業の人員、設備及び運営に関する
基準を定める要綱（令和7年10月1日施行）

介護予防・日常生活支援総合事業(通所介護相当サービス) 自己点検シート

点検した結果を記載して下さい。

点検項目	確認事項	根拠条文	点検結果			「不適」の場合の事由及び改善方法(別紙可)	
			適	不適	非該当		
I 人員基準							
1 従業者の員数	(1) 【生活相談員】 提供日ごとに、提供時間帯に、専従の生活相談員が勤務している時間数の合計数を提供時間数で除して得た数が1以上確保されるために必要と認められる数以上勤務していますか。	要綱第5条第1項	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	(2) 生活相談員は、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が配置されていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	(3) 【看護職員】 (利用定員11人以上) 単位ごとに、専従の看護職員(看護師又は准看護師)が1人以上勤務していますか。 (利用定員10人以下) 単位ごとに、提供時間帯に専従の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提供時間数で除して得た数が、1以上勤務していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	(4) 【介護職員】 単位ごとに、提供時間帯に専従の介護職員が勤務している時間数の合計数を提供時間数(単位提供時間数)で除して得た数が、利用者の数が15人までは1以上、15人を超える場合は、15人を超える部分の利用者の数を5で除して得た数に1を加えた数以上勤務していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	(5) 【機能訓練指導員】 1人以上勤務していますか。 機能訓練指導員は、必要な訓練を行う能力を有している者(※)が配置されていますか。 ※ 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の資格を有する者(6か月以上機能訓練指導従事経験を有する者に限る)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
(6) 介護職員について、単位ごとに、常時1人以上勤務していますか。	要綱第5条第3項	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
(7) 生活相談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。	要綱第5条第7項	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
2 管理者	(1) 常勤専従となっていますか。 (管理上支障がない場合は、申請事業所の他の職務又は他事業所、施設等の職務に従事可能)	要綱第6条	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
II 設備基準							
1 設備・備品等	(1) 事業所には、食堂、機能訓練室、静養室、相談室及び事務室を有するほか、消火設備その他の非常災害に際して必要な設備並びに通所介護相当サービスの提供に必要なその他の設備及び備品等を備えていますか。	要綱第7条第1項	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	(2) 【食堂及び機能訓練室】 それぞれ必要な広さがあり、その合計した面積は3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。	要綱第7条第2項	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	(3) 【相談室】 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。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	(4) 【消防設備その他非常災害に際して必要な設備】 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。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

介護予防・日常生活支援総合事業(通所介護相当サービス) 自己点検シート

点検した結果を記載して下さい。

点検項目	確認事項	根拠条文	点検結果			「不適」の場合の事由及び改善方法(別紙可)
			適	不適	非該当	
Ⅲ 運営基準						
1 内容及び手続の説明並びに同意	(1) 通所介護相当サービスの提供の開始に際し、あらかじめ、利用申込者又はその家族に対し、要綱第24条に規定する重要事項に関する規程の概要、通所介護相当サービス従業者の勤務の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記した文書を交付して説明を行い、当該提供の開始について利用申込者の同意を得ていますか。	要綱第8条	□	□		
2 提供拒否の禁止	(1) 事業者は、正当な理由なく通所介護相当サービスの提供を拒んでいませんか。	要綱第9条	□	□		
3 サービス提供困難時の対応	(1) 自ら適切な通所介護相当サービスを提供することが困難であると認めた場合は、当該利用申込者に係る介護予防支援事業者等への連絡、適当な他の事業者等の紹介その他の必要な措置を速やかに講じていますか。	要綱第10条	□	□		
4 受給資格等の確認	(1) 被保険者証等の確認を行っていますか。 被保険者証に認定審査会意見が記載されている場合には、その意見に配慮して通所介護相当サービスを提供していますか。	要綱第11条	□	□		
5 要支援認定の申請等に係る援助	(1) 利用申込者が要支援認定等を受けていない場合、既に要支援認定等の申請をしているか確認していますか。	要綱第12条	□	□		
	(2) 利用申込者が要支援認定等を申請していない場合、利用申込者の意思を踏まえて速やかに申請が行われるよう必要な援助を行っていますか。		□	□		
6 心身の状況等の把握	(1) 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。	要綱第13条	□	□		
7 介護予防支援事業者等との連携	(1) 通所介護相当サービスを提供する場合又は提供の終了に際し、介護予防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密接な連携に努めていますか。	要綱第14条	□	□		
8 第一号事業支給費の支給を受けるための援助	(1) 利用者に対して、第一号事業支給費について説明し、必要な援助を行っていますか。	要綱第15条	□	□		
9 介護予防サービス計画等に沿ったサービスの提供	(1) 介護予防サービス計画又は介護予防ケアマネジメント計画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。	要綱第16条	□	□		
10 介護予防サービス計画等の変更の援助	(1) 利用者が介護予防サービス計画等の変更を希望する場合は、介護予防支援事業者等への連絡その他の必要な援助を行っていますか。	要綱第17条	□	□		
11 サービス提供の記録	(1) 通所介護相当サービスを提供した際は、当該サービスの提供日、内容等必要な事項を書面に記録していますか。	要綱第18条	□	□		
	(2) 利用者からの申出があった場合には、提供した具体的なサービスの内容等を文書の交付その他適切な方法により、利用者に対して提供していますか。		□	□		
12 利用料等の受領	(1) 法定代理受領サービスに該当する通所介護相当サービスを提供した際には、その利用者から利用料の一部として、当該サービスに係る第一号事業支給費基準額から当該事業者を支払われる第一号事業支給費の額を控除して得た額の支払いを受けていますか。 (1割、2割又は3割の支払いを受けていますか。)	要綱第19条	□	□		
	(2) 法定代理受領サービスとそうでないサービスの場合の利用料の額に、不合理な差額が生じていませんか。		□	□	□	
13 第一号事業支給費の請求のための証明書の交付	(1) 法定代理受領サービスでない、通所介護相当サービスに係る利用料の支払いを受けた場合は、サービス提供証明書を利用者へ交付していますか。	要綱第20条	□	□		

介護予防・日常生活支援総合事業(通所介護相当サービス) 自己点検シート

点検した結果を記載して下さい。

点検項目	確認事項	根拠条文	点検結果			「不適」の場合の事由及び改善方法(別紙可)
			適	不適	非該当	
14 利用者に関する市への通知	(1) 利用者が以下の事項に該当する場合には、遅滞なく市への通知を行っていますか。 ① 正当な理由なしにサービス利用に関する指示に従わないことにより、要支援状態等の程度を増進させたと認められるとき、又は要介護状態になったと認められるとき。 ② 偽りその他不正な行為により支給を受けた又は受けようとした場合。	要綱第21条	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15 緊急時等の対応	(1) 利用者の病状の急変など、緊急時には主治医への連絡など必要な措置を講じていますか。	要綱第22条	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16 管理者の責務	(1) 従業者の管理及び利用者の申込みに係る調整、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行っていますか。	要綱第23条	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(2) 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。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17 運営規程	(1) 申請事業所ごとに、事業の運営についての重要事項に関する規程の定めがありますか。 <input type="checkbox"/> 事業の目的及び運営の方針 <input type="checkbox"/> 従業者の職種、員数及び職務の内容 <input type="checkbox"/> 営業日及び営業時間 (延長サービスを行う場合は別に明記) <input type="checkbox"/> 利用定員 <input type="checkbox"/> サービス内容及び利用料その他の費用の額 <input type="checkbox"/> 通常の事業の実施地域 <input type="checkbox"/> サービス利用に当たっての留意事項 <input type="checkbox"/> 緊急時等における対応方法 <input type="checkbox"/> 非常災害対策 <input type="checkbox"/> 虐待の防止のための措置に関する事項 <input type="checkbox"/> その他運営に関する重要事項	要綱第24条	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18 勤務体制の確保等	(1) 利用者に対し適切な通所介護相当サービスを提供できるよう、事業所ごとに従業者の勤務の体制を定めていますか。	要綱第25条第1項	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(2) 事業所ごとに、従業者によって通所介護相当サービスを提供していますか。 (利用者の処遇に直接影響を及ぼさない業務については、この限りではない。)	要綱第25条第2項	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(3) 従業者の資質の向上のために、その研修の機会を確保していますか。 その際、全ての通所介護相当サービス事業所の従業者(看護師、准看護師、介護福祉士、介護支援専門員、介護保険法施行令(平成10年政令第412号)第3条で定める者等の資格を有する者その他これに類する者を除く。)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。	要綱第25条第3項	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(4) 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通所介護相当サービス従業者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。	要綱第25条第4項	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19 業務継続計画の策定	(1) 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する通所介護相当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、当該計画に従い必要な措置を講じていますか。	要綱第26条	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(2) 通所介護相当サービス従業者等に対し、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に行っていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(3) 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。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

介護予防・日常生活支援総合事業(通所介護相当サービス) 自己点検シート

点検した結果を記載して下さい。

点検項目	確認事項	根拠条文	点検結果			「不適」の場合の事由及び改善方法(別紙可)
			適	不適	非該当	
20 定員の遵守	(1) 利用定員を超えて通所介護相当サービスの提供を行っていませんか。 (災害その他やむを得ない事情がある場合は、この限りではない。)	要綱第27条	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
21 非常災害対策	(1) 非常災害に関する具体的計画を立て、非常災害時の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員に周知するとともに、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行い、その際地域住民の参加が得られるように連携に努めていますか。	要綱第28条	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
22 衛生管理等	(1) 事業者は、利用者の使用する施設、設備、食器、飲用水等について、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。	要綱第29条第1項	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	(2) 事業所において感染症が発生、又はまん延しないよう、以下に掲げる措置を講じていますか。 □① 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(テレビ電話装置等の活用も可)を概ね6月に1回以上開催し、その結果について、通所介護相当サービス従業者等に周知徹底を図っていますか。 □② 感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備していますか。 □③ 通所介護相当サービス従業者等に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的実施していますか。	要綱第29条第2項	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
23 掲示	(1) 運営規程や、勤務体制等を事業所内の見やすい場所に掲示していますか。 (※ 運営規程等の重要事項について、事業所の掲示だけでなく、閲覧可能な形でファイル等で備え置くこと等を可能とする。)	要綱第30条	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	(2) 運営規程や、勤務体制等をウェブサイトに掲載していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
24 秘密保持等	(1) 従業者又は従業者であったものが正当な理由なく、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。	要綱第31条第1,2項	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	(2) サービス担当者会議等において利用者若しくはその家族の個人情報を用いる場合の同意を書面により得ていますか。 (サービス提供開始時における包括的な同意で可)	要綱第31条第3項	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
25 広告	(1) 虚偽または誇大な広告をしていませんか。	要綱第32条	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
26 介護予防支援事業者等に対する利益供与の禁止	(1) 介護予防支援事業者等又はその従業者に対し、利用者に対する特定の事業者によるサービスを利用させることへの対償として、金品その他の財産上の利益を供与していませんか。	要綱第33条	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
27 苦情への対応	(1) 利用者及びその家族からの苦情を受け付けるための仕組みを設けていますか。 また、苦情に関する市町村・国保連等の調査に協力し、指導助言に従って必要な改善を行っていますか。 苦情件数：月 件程度 苦情相談窓口の設置：有・無 相談窓口担当者：	要綱第34条	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	(2) 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"/>	
28 地域との連携	(1) 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に努めていますか。	要綱第35条	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	(2) 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、市が派遣する者が相談及び援助を行う事業その他の市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"/>		
	(3) 事業の運営に当たっては、事業所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通所介護相当サービスを提供する場合には、当該建物に居住する利用者以外の者に対しても通所介護相当サービスの提供を行うよう努めていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

介護予防・日常生活支援総合事業(通所介護相当サービス) 自己点検シート

点検した結果を記載して下さい。

点検項目	確認事項	根拠条文	点検結果			「不適」の場合の事由及び改善方法(別紙可)
			適	不適	非該当	
29 事故発生時の対応	(1) 利用者に対する通所介護相当サービスの提供により事故が発生した場合は、市、当該利用者の家族、当該利用者に係る介護予防ケアマネジメントを行う地域包括支援センター等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じていますか。 また、事故の状況や処置について記録していますか。 → 事故事例の有無 : 有 ・ 無	要綱第36条	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(2) 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。 → 損害賠償保険への加入 : 有 ・ 無		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
30 虐待の防止	(1) 虐待の発生又はその再発を防止するため、以下に掲げる措置を講じていますか。 □① 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も可)を定期的に開催し、その結果について、通所介護相当サービス従業者等に周知徹底を図っていますか。 □② 虐待の防止のための指針を整備していますか。 □③ 通所介護相当サービス従業者等に対し、虐待の防止のための研修を定期的に実施していますか。 □④ 前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置いていますか。	要綱第37条	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
31 会計の区分	(1) 他の事業との会計を区分していますか。	要綱第38条	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
32 記録の整備	(1) 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。	要綱第39条	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(2) サービスの提供に関する記録(個別サービス計画、サービス実施記録等)を整備し、その完結の日から2年間保存していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
33 通所介護相当サービスの基本取扱方針	(1) 利用者の介護予防に資するよう、その目標を設定し、計画的に行われていますか。	要綱第41条	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(2) 提供するサービスの質の評価を行うとともに、主治の医師又は歯科医師とも連携を図りつつ、常にその改善を図っていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(3) サービスの提供に当たり、単に利用者の運動器の機能の向上、栄養状態の改善、口腔機能の向上等の特定の心身機能に着目した改善等を目的とするのではなく、当該心身機能の改善等を通じて、利用者ができる限り要介護状態とならないで自立した日常生活を営むことができるよう支援することを目的としていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(4) 利用者がその有する能力を最大限活用することができるような方法によるサービスの提供に努めていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(5) 利用者とのコミュニケーションを十分に図ることその他の様々な方法により、利用者が主体的に事業に参加するよう適切な働きかけに努めていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

介護予防・日常生活支援総合事業(通所介護相当サービス) 自己点検シート

点検した結果を記載して下さい。

点検項目	確認事項	根拠条文	点検結果			「不適」の場合の事由及び改善方法(別紙可)
			適	不適	非該当	
34 通所介護相当サービスの具体的な取扱方針	(1) サービスの提供に当たっては、主治の医師又は歯科医師からの情報伝達やサービス担当者会議を通じる等の適切な方法により、利用者の心身の状況、その置かれている環境等利用者の日常生活全般の状況の的確な把握を行っていますか。	要綱第42条	□	□		
	(2) 上記の利用者の日常生活全般の状況及び希望を踏まえて、サービスの目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容、サービスの提供を行う期間等を記載した個別サービス計画を作成していますか。		□	□		
	(3) 個別サービス計画は、既に介護予防サービス計画等が作成されている場合は、当該計画の内容に沿って作成されていますか。		□	□		
	(4) 管理者は、個別サービス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いますか。		□	□		
	(5) 管理者は、個別サービス計画を作成した際には、当該個別サービス計画を利用者に交付していますか。		□	□		
	(6) サービスの提供に当たっては、個別サービス計画に基づき、利用者が日常生活を営むのに必要な支援を行っていますか。		□	□		
	(7) サービスの提供に当たっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し、サービスの提供方法等について、理解しやすいように説明を行っていますか。		□	□		
	(8) サービスの提供に当たっては、利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するために緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等を行っていませんか。		□	□		
	(9) 身体的拘束等を行う場合には、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ますか。		□	□		
	(10) サービスの提供に当たっては、介護技術の進歩に対応し、適切な介護技術をもってサービスの提供を行っていますか。		□	□		
	(11) 管理者は、個別サービス計画に基づくサービスの提供の開始時から、少なくとも1月に1回は、当該個別サービス計画に係る利用者の状態、サービスの提供状況等について、当該サービスの提供に係る介護予防サービス計画等を作成した介護予防支援事業者等に報告するとともに、当該個別サービス計画に記載したサービスの提供を行う期間が終了するまでに、少なくとも1回は、当該個別サービス計画の実施状況の把握(モニタリング)を行っていますか。		□	□		
	(12) 管理者は、モニタリングの結果を記録し、当該記録を当該サービスの提供に係る介護予防サービス計画等を作成した介護予防支援事業者等に報告していますか。		□	□		
	(13) 管理者は、モニタリングの結果を踏まえ、必要に応じて個別サービス計画の変更を行っていますか。		□	□		
35 安全管理体制等の確保	(1) サービスの提供を行っているときに利用者に病状の急変等が生じた場合に備え、緊急時マニュアル等を作成し、従業者に周知徹底を図るとともに、速やかに主治の医師への連絡を行えるよう、緊急時の連絡方法をあらかじめ定めていますか。	要綱第44条	□	□		
	(2) サービスの提供に当たり、転倒等を防止するための環境整備に努めていますか。		□	□		
	(3) サービスの提供に当たり、事前に脈拍や血圧等を測定する等利用者の当日の体調を確認するとともに、無理のない適度なサービスの内容とするよう努めていますか。		□	□		
	(4) 利用者の体調の変化に常に気を配り、病状の急変等が生じた場合その他必要な場合には、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。		□	□		

介護予防・日常生活支援総合事業(通所介護相当サービス) 自己点検シート

点検した結果を記載して下さい。

点検項目	確認事項	根拠条文	点検結果			「不適」の場合の事由及び改善方法(別紙可)
			適	不適	非該当	
36 電磁的記録等	(1) 電磁的記録による作成は、事業者等の使用に係る電子計算機に備えられたファイルに記録する方法または磁気ディスク等をもって調整する方法により行っていますか。	要綱第45条	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(2) 電磁的記録による保存は、以下のいずれかの方法によって行っていますか。 ① 作成された電磁的記録を事業者等の使用に係る電子計算機に備えられたファイル又は磁気ディスク等をもって調製するファイルにより保存する方法 ② 書面に記載されている事項をスキャナ等により読み取ってきた電磁的記録を事業者等の使用に係る電子計算機に備えられたファイル又は磁気ディスク等をもって調製するファイルにより保存する方法		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(3) 電磁的記録により行う場合は、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(4) 電磁的方法による交付は、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準第8条第2項から第6項までの規定に準じた方法により行っていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(5) 電磁的方法による同意は、電子メール等により利用者等が同意の意思表示をしていることが確認できるものですか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(6) 電磁的方法による締結は、利用者等と事業者等との間の契約関係を明確にする観点から、書面における署名又は記名押印に代えて、電子署名を活用していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
37 変更の届出	(1) 事業者は、当該指定に係る事業所の名称及び所在地その他要綱で定める事項に変更があったとき、又は休止した事業を再開したときは、10日以内に、その旨を市長に届け出ますか。 □① 事業所の名称 □② 事業所の所在地 □③ 申請者の名称 □④ 主たる事務所の所在地 □⑤ 代表者の氏名、生年月日及び住所 □⑥ 登録事項証明書又は条例等(当該事業に関するものに限る。) □⑦ 事業所の建物の構造及び平面図並びに設備の概要 □⑧ 利用者の推定数、利用者の定員 □⑨ 事業所の管理者の氏名、生年月日及び住所 □⑩ サービス提供責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴 □⑪ 運営規程 □⑫ その他	宇部市介護予防・日常生活支援総合事業における指定第1号事業者の指定等に関する要綱第7条	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

介護予防・日常生活支援総合事業(通所介護相当サービス)

点検項目	点検事項	点検結果	
高齢者虐待防止措置未実施減算	高齢者虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催していない。	<input type="checkbox"/> 未実施	
	高齢者虐待防止のための指針を整備していない。	<input type="checkbox"/> 未実施	
	高齢者虐待防止のための年1回以上の研修を実施していない又は高齢者虐待防止措置を適正に実施するための担当者を置いていない。	<input type="checkbox"/> 未実施	
業務継続計画未策定減算	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)を策定していない。	<input type="checkbox"/> 未実施	
	業務継続計画に従い必要な措置を講じていない。	<input type="checkbox"/> 未実施	
同一建物減算	事業所と同一建物に居住する者又は同一建物から利用する者にサービス提供を行っていますか。	<input type="checkbox"/> 実施	
送迎減算	利用者に対して、居宅と通所介護相当サービス事業所との間の送迎を実施していない。	<input type="checkbox"/> 該当	
若年性認知症利用者受入加算	若年性認知症利用者ごとに個別に担当者を定める	<input type="checkbox"/> 該当	
	担当者中心に利用者の特性やニーズに応じた適切なサービス提供	<input type="checkbox"/> 実施	
生活機能向上グループ活動加算	利用者自らが日常生活上の課題に応じて活動を選択できるよう、日常生活に直結した活動項目を複数準備し、時間割を組む	<input type="checkbox"/> 実施	
	グループの人数は6人以下	<input type="checkbox"/> 該当	
	おおむね3月程度で達成可能な到達目標と、おおむね1月程度で達成可能な短期目標を設定する	<input type="checkbox"/> 実施	
栄養アセスメント加算	管理栄養士(外部との連携を含む)を1人配置	<input type="checkbox"/> 配置	
	利用者ごとに管理栄養士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職員が共同で栄養アセスメントを行い、利用者、家族に結果を説明し、相談等に対応	<input type="checkbox"/> 実施	
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	
	利用者ごとの栄養状態等の情報を厚生労働省(LIFE)へ提出し、情報その他栄養管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用	<input type="checkbox"/> 実施	
栄養改善加算	事業所の従業者として又は外部との連携により管理栄養士を1名以上配置	<input type="checkbox"/> 該当	
	管理栄養士等(看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者)が共同して利用者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態配慮した栄養ケア計画の作成	<input type="checkbox"/> 該当	
	利用者等に対する計画の説明及び同意	<input type="checkbox"/> あり	
	栄養ケア計画に基づく(必要に応じて居宅を訪問し)管理栄養士等による栄養改善サービスの提供、栄養状態等の記録	<input type="checkbox"/> 該当	栄養ケア提供経過記録(参考様式)
	3月ごとに栄養ケア計画の評価、介護支援専門員や主治の医師に対する情報提供	<input type="checkbox"/> 該当	栄養ケアモニタリング(参考様式)
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	
	月の算定回数2回以下	<input type="checkbox"/> 該当	
口腔機能向上加算	言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員いずれかを1名以上配置	<input type="checkbox"/> 配置	
	認定調査票の嚥下・食事摂取、口腔清潔の3項目のいずれかの項目において「1」以外に該当する者、基本チェックリストの口腔機能に関する(13)(14)(15)の3項目のうち2項目以上が「1」に該当する者又は、その他口腔機能の低下している者(おそれのある者含む)	<input type="checkbox"/> 該当	
	言語聴覚士、歯科衛生士、看護・介護職員等による口腔機能改善管理指導計画の作成	<input type="checkbox"/> あり	口腔機能改善管理指導計画・管理指導計画(参考様式)
	医療における対応の必要性の有無	<input type="checkbox"/> なし	
	利用者等に対する計画の説明及び同意の有無	<input type="checkbox"/> あり	
	計画に基づく言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員による口腔機能向上サービスの提供、定期的な記録作成	<input type="checkbox"/> あり	口腔機能改善管理指導計画・管理指導計画(参考様式)
	定期的に利用者の生活機能の状況を検討し、おおむね3月ごとに口腔機能の状態を評価し、その結果をケアマネ等へ情報提供	<input type="checkbox"/> 実施	口腔機能向上サービスのモニタリング(参考様式)
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> あり	
	月の算定回数	<input type="checkbox"/> 2回以下	

介護予防・日常生活支援総合事業(通所介護相当サービス)

点検項目	点検事項	点検結果	
サービス提供体制強化加算 (Ⅰ)	介護職員総数のうち介護福祉士の数70%以上	<input type="checkbox"/> 該当	
	介護職員総数のうち勤続10年以上介護福祉士25%以上	<input type="checkbox"/> 該当	
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	
サービス提供体制強化加算 (Ⅱ)	介護職員総数のうち介護福祉士の数50%以上	<input type="checkbox"/> 該当	
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	
サービス提供体制強化加算 (Ⅲ)	介護職員総数のうち介護福祉士の数40%以上	<input type="checkbox"/> 該当	
	利用者に直接サービスを提供する職員の総数のうち勤続7年以上の数30%以上	<input type="checkbox"/> 該当	
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	
生活機能向上連携加算(Ⅰ)	指定訪問・指定通所リハビリテーションを実施している事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設の医師や理学療法士等からの助言を受けることができる体制を構築し、助言を受けた上で、機能訓練指導員等が生活機能の向上を目的とした個別機能訓練計画を作成	<input type="checkbox"/> 該当	
	計画に基づいたサービスを提供	<input type="checkbox"/> 該当	
生活機能向上連携加算(Ⅱ)	指定訪問・指定通所リハビリテーション事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設の医師、理学療法士等と計画作成担当者が共同して利用者の身体状況等を評価し、生活機能の向上を目的とした個別機能訓練計画を作成	<input type="checkbox"/> 該当	
	計画に基づいたサービスを提供	<input type="checkbox"/> 該当	
口腔・栄養スクリーニング加算 (Ⅰ)	①利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態について確認を行い、利用者の口腔の健康状態に関する情報(利用者の口腔の健康状態が低下しているおそれのある場合にあっては、その改善に必要な情報を含む。)を利用者を担当する介護支援専門員に提供。	<input type="checkbox"/> 該当	
	②利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の栄養状態について確認を行い、利用者の栄養状態に関する情報(利用者が低栄養状態の場合にあっては、低栄養状態の改善に必要な情報を含む。)を利用者を担当する介護支援専門員に提供。	<input type="checkbox"/> 該当	
	③定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	
	④算定日が属する月が、栄養アセスメント加算を算定している又は栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている月又は栄養改善サービスが終了した日の属する月ではないですか。	<input type="checkbox"/> 該当	
	⑤算定日が属する月が、口腔機能向上加算の算定に係る口腔機能向上サービスを受けている月又は口腔機能向上サービスが終了した日の属する月ではないですか。	<input type="checkbox"/> 該当	
口腔・栄養スクリーニング加算 (Ⅱ) (ア)または(イ)のいずれかに適合すること	(ア)口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)①及び③に該当	<input type="checkbox"/> 該当	
	(ア-1)算定日が属する月が、栄養アセスメント加算を算定している又は利用者が栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間である若しくは栄養改善サービスが終了した日の属する月ですか。	<input type="checkbox"/> 該当	
	(ア-2)算定日が属する月が、利用者が口腔機能向上加算の算定に係る口腔機能向上サービスを受けている間及び口腔機能向上サービスが終了した日の属する月ではないですか。	<input type="checkbox"/> 該当	
	(イ)口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)②及び③に該当	<input type="checkbox"/> 該当	
	(イ-1)算定日が属する月が、栄養アセスメント加算を算定していない、かつ、利用者が栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間又は栄養改善サービスが終了した日の属する月ではないですか。	<input type="checkbox"/> 該当	
	(イ-2)算定日が属する月が、利用者が口腔機能向上加算の算定に係る口腔機能向上サービスを受けている間及び口腔機能向上サービスが終了した日の属する月ですか。	<input type="checkbox"/> 該当	
科学的介護推進体制加算	利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の利用者の心身の状況等に係る基本的な情報を厚生労働省に提出	<input type="checkbox"/> 該当	
	必要に応じてサービス計画を見直すなど、サービスの提供に当たって、上記の情報その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用	<input type="checkbox"/> 該当	

介護予防・日常生活支援総合事業(通所介護相当サービス)

点検項目	点検事項	点検結果	
介護職員等処遇改善加算(I)	1 賃金改善に関する計画の策定、計画に基づく措置	<input type="checkbox"/> あり	介護職員等処遇改善計画書
	2 介護職員等処遇改善計画書の作成、周知、届出	<input type="checkbox"/> あり	介護職員等処遇改善計画書
	3 賃金改善の実施	<input type="checkbox"/> あり	
	4 処遇改善に関する実績の報告	<input type="checkbox"/> あり	実績報告書
	5 前12月間に法令違反し、罰金以上の刑	<input type="checkbox"/> なし	
	6 労働保険料の納付	<input type="checkbox"/> 適正に納付	
	7 次の(一)、(二)、(三)のいずれにも適合	<input type="checkbox"/>	
	(一) 任用の際の職責又は職務内容等の要件を書面で作成し、全ての介護職員に周知 (二) 資質の向上の支援に関する計画の策定、研修の実施又は研修の機会を確保し、全ての介護職員に周知 (三) 介護職員の経験もしくは資格等に応じて昇給する仕組み又は一定の基準に基づき定期に昇給を判定する仕組みを設け、書面を作成しすべての介護職員に周知	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> あり	研修計画書
8 処遇改善の内容(賃金改善を除く)及び処遇改善に要した費用の見込額を全ての職員に周知	<input type="checkbox"/> あり		
介護職員等処遇改善加算(II)	1 賃金改善に関する計画の策定、計画に基づく措置	<input type="checkbox"/> あり	介護職員等処遇改善計画書
	2 介護職員等処遇改善計画書の作成、周知、届出	<input type="checkbox"/> あり	介護職員等処遇改善計画書
	3 賃金改善の実施	<input type="checkbox"/> あり	
	4 処遇改善に関する実績の報告	<input type="checkbox"/> あり	実績報告書
	5 前12月間に法令違反し、罰金以上の刑	<input type="checkbox"/> なし	
	6 労働保険料の納付	<input type="checkbox"/> 適正に納付	
	7 次の(一)、(二)のいずれにも適合	<input type="checkbox"/>	
	(一) 任用の際の職責又は職務内容等の要件を書面で作成し、全ての介護職員に周知 (二) 資質の向上の支援に関する計画の策定、研修の実施又は研修の機会を確保し、全ての介護職員に周知	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> あり	研修計画書
8 処遇改善の内容(賃金改善を除く)及び処遇改善に要した費用の見込額を全ての職員に周知	<input type="checkbox"/> あり		
介護職員等処遇改善加算(III)	1 賃金改善に関する計画の策定、計画に基づく措置	<input type="checkbox"/> あり	介護職員等処遇改善計画書
	2 介護職員等処遇改善計画書の作成、周知、届出	<input type="checkbox"/> あり	介護職員等処遇改善計画書
	3 賃金改善の実施	<input type="checkbox"/> あり	
	4 処遇改善に関する実績の報告	<input type="checkbox"/> あり	実績報告書
	5 前12月間に法令違反し、罰金以上の刑	<input type="checkbox"/> なし	
	6 労働保険料の納付	<input type="checkbox"/> 適正に納付	
	7 (一)(二)のいずれかに適合	<input type="checkbox"/>	
	(一) 任用の際の職責又は職務内容等の要件を書面で作成し、全ての介護職員に周知 (二) 資質の向上の支援に関する計画の策定、研修の実施又は研修の機会を確保し、全ての介護職員に周知	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> あり	研修計画書
8 処遇改善の内容(賃金改善を除く)及び処遇改善に要した費用の見込額を全ての職員に周知	<input type="checkbox"/> あり		
介護職員等処遇改善加算(IV)	1 賃金改善に関する計画の策定、計画に基づく措置	<input type="checkbox"/> あり	介護職員等処遇改善計画書
	2 介護職員等処遇改善計画書の作成、周知、届出	<input type="checkbox"/> あり	介護職員等処遇改善計画書
	3 賃金改善の実施	<input type="checkbox"/> あり	
	4 処遇改善に関する実績の報告	<input type="checkbox"/> あり	実績報告書
	5 前12月間に法令違反し、罰金以上の刑	<input type="checkbox"/> なし	
	6 労働保険料の納付	<input type="checkbox"/> 適正に納付	
	7 (一)(二)のいずれかに適合	<input type="checkbox"/>	
	(一) 任用の際の職責又は職務内容等の要件を書面で作成し、全ての介護職員に周知 (二) 資質の向上の支援に関する計画の策定、研修の実施又は研修の機会を確保し、全ての介護職員に周知	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> あり	研修計画書
8 処遇改善の内容(賃金改善を除く)及び処遇改善に要した費用の見込額を全ての職員に周知	<input type="checkbox"/> あり		