

指定相当通所型サービス自己点検シート

点検した結果を記載してください。

法令遵守責任者はどなたですか

氏名：

点検項目	確認事項	根拠条文	可	否	非該当
<b>I 人員基準</b>					
1 生活相談員	提供日ごとに、サービスを提供している時間帯に専ら当該サービスの提供に当たる生活相談員が勤務している時間数の合計を、当該サービスを提供している時間帯の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となっていますか。	規則第44条	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	社会福祉法第19条にいう社会福祉主事の資格を有する者、又はこれと同等以上の能力を有すると認められる者に準ずる者となっていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 看護職員	指定相当通所型サービスの単位ごとに、専ら当該指定相当通所型サービスの提供に当たる看護職員が1以上確保されるために必要と認められる数となっていますか。	規則第44条	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	看護職員については、提供時間帯を通じて専従する必要はありませんが、提供時間帯を通じて、指定相当通所型サービス事業所と密接かつ適切な連携を図っていますか。 (病院、診療所、訪問看護ステーションとの連携により、看護職員が指定相当通所型サービス事業所の営業日ごとに、利用者の健康状態の確認を行い、病院、診療所、訪問看護ステーションと指定地域密着型通所介護事業所が提供時間帯を通じて、密接かつ適切な連携を図っている場合には、看護職員が確保されているものとします。)  密接かつ適切な連携：指定相当通所型サービス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。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 介護職員	指定相当通所型サービスの単位ごとに、提供時間数に応じて、専ら指定相当通所型サービスの提供に当たる介護職員が、利用者の数が15人までの場合にあっては1以上、15人を超える場合にあっては、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を加えた数となっていますか。	規則第44条	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	常時1人以上当該指定相当通所型サービスに従事させていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 機能訓練指導員	機能訓練指導員を1以上配置していますか。  (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とし、当該指定相当通所型サービス事業所の他の職務に従事することは差し支えありません。)  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、看護職員、柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師、一定の実務経験を有するはり師、きゅう師※の資格を有するものとします。 ※一定の実務経験を有するはり師、きゅう師とは、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師または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月以上勤務し、機能訓練指導に従事した経験を有する者。	規則第44条	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

指定相当通所型サービス自己点検シート

点検した結果を記載してください。

点検項目	確認事項	根拠条文	可	否	非該当	
5	利用定員が10人以下である場合の従業者の員数	看護職員及び介護職員の員数を、指定相当通所型サービスの単位ごとに、提供時間数に応じて、専ら当該指定相当通所型サービスの提供に当たる看護職員又は介護職員が1以上確保されるために必要と認められる数としていますか。	規則第44条	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	その他	生活相談員又は介護職員のうち1人以上は、常勤となっていますか。	規則第44条	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	管理者	指定相当通所型サービス事業所ごとに専らその職務に従事する常勤の管理者を置いていますか。 (指定相当通所型サービス事業所の管理上支障がない場合は、当該事業所の他の職務に従事し、又は他の事業所、施設等の職務に従事することは差し支えありません。) → 下記の事項について記載してください。 <ul style="list-style-type: none"> <li>・兼務の有無 (有・無)</li> <li>・当該事業所の他の職種を兼務している場合はその職種名 ( )</li> <li>・他事業所と兼務している場合は事業所名、職種名、兼務事業所における1週間あたりの勤務時間数                     <ul style="list-style-type: none"> <li>事業所名 : ( )</li> <li>職種名 : ( )</li> <li>勤務時間 : ( )</li> </ul> </li> </ul>	規則第44条	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>II 運営基準</b>						
8	内容及び手続の説明及び同意	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、重要事項に関する規程の概要、訪問介護員等の勤務の体制、事業者及び事業所の概要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。	規則第8条第1項 準用	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		利用申込者又はその家族からの申し出があった場合に文書の交付に代えて、あらかじめ当該利用申込者又はその家族に対し、その用いる電磁的方法の種類及び内容を示し、文書又は電磁的方法による承諾を受け、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、重要事項に関する規程の概要、訪問介護員等の勤務の体制、事業者及び事業所の概要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。	規則第8条第2項及び5項 準用	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	提供拒否の禁止	正当な理由なくサービスの提供を拒んではいませんか。	規則第9条 準用	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	サービス提供困難時の対応	サービス提供困難時必要な措置を講じていますか。	規則第10条 準用	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	受給資格等の確認	指定相当通所型サービスの提供を求められた場合は、その者の提示する被保険者証によって、被保険者資格、事業対象者の該当、要支援認定の有無及び要支援認定の有効期間又は開始日を確かめていますか。	規則第11条第1項 準用	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		被保険者証に認定審査会の意見が記載しているかを確認し、当該意見を配慮してサービスを提供していますか。	規則第11条第2項 準用	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 指定相当通所型サービス自己点検シート

点検した結果を記載してください。

点検項目	確認事項	根拠条文	可	否	非該当
12 要支援認定に係る援助	要支援認定を受けていない利用申込者(施行規則第140条の62の4第2号に規定するものを除く。)については、当該利用申込者の意思を踏まえて速やかに当該要支援認定申請が行われるよう必要な援助を行っていますか。	規則第12条第1項 準用	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	要支援認定の更新の申請が、遅くとも当該利用者が受けている要支援認定の有効期間が終了する30日前に話されるよう、必要な援助を行っていますか。	規則第12条第2項 準用	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 心身の状況等の把握	指定相当通所型サービスの提供に当たっては、利用者に係る介護予防支援事業者等が開催するサービス担当者会議等を通じて、利用者の心身の状況、その置かれている環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等の把握に努めていますか。	規則第13条 準用	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 介護予防支援事業者等その他保健医療又は福祉サービス提供者との関係	介護予防支援事業者等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。	規則第14条第1項 準用	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	サービスの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、当該利用者に係る介護予防支援事業者等に対する情報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。	規則第14条第2項 準用	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 介護予防サービス計画等に沿ったサービスの提供	介護予防サービス計画等が作成されている場合は、当該計画に沿った指定相当通所型サービスの提供を行っていますか。	規則第15条 準用	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 介護予防サービス計画等の変更の援助	利用者が介護予防サービス計画の変更を希望する場合は、当該利用者に係る介護予防支援事業者等への連絡その他必要な援助を行っていますか。	規則第16条 準用	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 サービスの提供の記録	指定相当通所型サービスを提供した際には、当該サービスの提供日、内容及び当該サービスについて法第115条の45の3第3項の規定により利用者に代わって支払を受ける第1号事業支給費の額その他必要な事項を、利用者の介護予防サービス計画等を記載した書面又はこれに準ずる書面に記載していますか。	規則第18条 準用	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	指定相当通所型サービスを提供した際には、提供した具体的なサービスの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、その情報を利用者に対して提供していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	法定代理受領サービスに該当する指定相当通所型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、当該指定相当通所型サービスに係る第1号事業支給費用基準額から当該指定相当通所型サービス事業者に支払われる第1号事業支給費の額を控除して得た額の支払を受けていますか。・・・(1)	規則第47条	<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指定相当通所型サービスを提供した際にその利用者から支払を受ける利用料の額と、指定相当通所型サービスに係る第1号事業支給費用基準額との間に、不合理な差額が生じないようにしていますか。・・・(2)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

指定相当通所型サービス自己点検シート

点検した結果を記載してください。

	点検項目	確認事項	根拠条文	可	否	非該当
18	利用料等の受領	前記（１）及び（２）の支払を受ける額のほか、利用者から受けることのできる次の費用の額以外の額の支払を受けていませんか。 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 食事の提供に要する費用 ③ おむつ代 ④ ①～③に掲げるもののほか、指定相当通所型サービスの提供において提供される便宜のうち、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、その利用者に負担させることが適当と認められる費用		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		前記の費用の額に係るサービスの提供に当たっては、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を行い、同意を得ていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		医療費控除対象となる居宅サービス等と併せて利用する場合に、領収書には医療費控除の対象となる額及び居宅介護支援事業者名を記載していますか。	（参考）介護保険制度下での居宅サービスの対価に係る医療費控除の取扱いについて（平成12年6月1日老発第509号）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	利用者に関する市への通知	指定相当通所型サービスを受けている利用者が次の各号のいずれかに該当する場合は、遅滞なく、意見を付してその旨を市に通知していますか。（該当者がいない場合は非該当を選択してください。） （１）正当な理由なしに指定相当通所型サービスの利用に関する指示に従わないことにより、要支援状態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って保険給付を受け、又は受けようとしたとき。	規則第21条準用	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	緊急時等の対応	指定相当通所型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。	規則第22条準用	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

指定相当通所型サービス自己点検シート

点検した結果を記載してください。

点検項目	確認事項	根拠条文	可	否	非該当
21 管理者の責務	管理者は、指定相当通所型サービス事業所の従業員の管理及び指定相当通所型サービスの利用申込に係る調整、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。	規則第48条第1項	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	管理者は、指定相当通所型サービス事業所の従業員に「座間市介護予防・日常生活支援総合事業における指定相当通所型サービス等の事業に係る人員、設備及び運営に関する基準等を定める規則」の第3章の指定相当通所型サービスに係る基準の規定を遵守させるために必要な指揮命令を行っていますか。	規則第48条第2項	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 運営規程	指定相当通所型サービス事業所ごとに、次に掲げる事業の運営についての重要事項に関する規程（運営規程）を定めていますか。  ① 事業の目的及び運営の方針 ② 従業員の職種、員数及び職務の内容 ③ 営業日及び営業時間 ④ 指定相当通所型サービスの利用定員 ⑤ 指定相当通所型サービス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	規則第49条	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 勤務体制の確保等	利用者に対し適切な指定相当通所型サービスを提供できるよう、指定相当通所型サービス事業所ごとに従業員の勤務の体制を定めていますか。	規則第50条	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	当該指定相当通所型サービス事業所の従業員によって指定相当通所型サービスを提供していますか。 （調理や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、この限りではありません。）		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	指定相当通所型サービス従業員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。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	全ての従業員（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ものを除く。）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。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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指定相当通所型サービス従業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。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24 定員の遵守	利用定員を超えてサービスの提供を行っていませんか。 （災害その他のやむを得ない事情がある場合は、この限りではありません。）	規則第51条	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

指定相当通所型サービス自己点検シート

点検した結果を記載してください。

点検項目	確認事項	根拠条文	可	否	非該当
25 業務継続計画の策定等（令和6年3月31日までは努力義務）	感染症や非常災害の発生時において、利用者に対し指定相当通所型サービスの提供を継続的に実施し、及び非常の体制における早期の業務再開を図るための計画を策定し、当該業務継続計画に従い、必要な措置を講じていますか。	規則第27条準用	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	従業者に対し、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。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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"/>
26 非常災害対策	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絡体制を整備し、それらを定期的に従業者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っていますか。	規則第52条	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27 衛生管理等	利用者の利用する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、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。	規則第53条	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	当該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、従業者に周知徹底を図っていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	当該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。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	従業者に対し、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。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

指定相当通所型サービス自己点検シート

点検した結果を記載してください。

	点検項目	確認事項	根拠条文	可	否	非該当
28	掲示	指定相当通所型サービス事業所の見やすい場所に、運営規程の概要、従業員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掲示又は書面にして備え付け、かつ、これをいつでも関係者に閲覧させることができるようにしていますか。	規則第29条	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		運営規程の概要、従業員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ウェブサイトに掲載していますか。（令和7年3月31日までは「削除」扱い）		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	秘密保持等	指定相当通所型サービス事業所の従業者は、正当な理由なく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らしていませんか。	規則第30条 準用	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		当該指定相当通所型サービス事業所の従業者であった者が、正当な理由がなく、その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がないよう、必要な措置を講じていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		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。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30	広告	指定相当通所型サービス事業所について広告をする場合においては、その内容が虚偽又は誇大なものとなっていませんか。（基準を満たす場合は「可」を選択してください。）	規則第31条 準用	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31	介護予防支援事業者等に対する利益供与の禁止	介護予防支援事業者等又はその従業者に対し、利用者に対して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。（供与していなければ「可」を選択してください。）	規則第32条 準用	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32	苦情処理	提供した指定相当通所型サービスに係る利用者及びその家族からの苦情に迅速かつ適切に対応するために、苦情を受け付けるための窓口を設置する等の必要な措置を講じていますか。	規則第33条 準用	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		苦情を受け付けた場合には、当該苦情の内容等を記録していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33	地域との連携	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。	規則第54条第1項	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		提供したサービスの関する利用者からの苦情に関して市等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していますか。	規則第54条第2項	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		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指定相当訪問型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指定相当訪問型サービスの提供を行っていますか。	規則第35条第3項	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 指定相当通所型サービス自己点検シート

点検した結果を記載してください。

	点検項目	確認事項	根拠条文	可	否	非該当
34	事故発生時の対応	利用者に対する指定相当通所型サービスの提供により事故が発生した場合は、関係する市町村、当該利用者の家族、当該利用者に係る介護予防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。	規則第55条第1項	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		事故の状況及び事故に際して採った処置について記録をしていますか。	規則第55条第2項	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		利用者に対する指定相当通所型サービスの提供により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。	規則第55条第3項	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		宿泊サービスを市へ届出し、そのサービス提供により事故が発生した場合は、関係する市町村、当該利用者の家族、当該利用者に係る介護予防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。また、事故の状況及び事故に際して採った処置について記録をしていますか。	規則第55条第4項	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

指定相当通所型サービス自己点検シート

点検した結果を記載してください。

点検項目	確認事項	根拠条文	可	否	非該当
35 虐待の防止	虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図っていますか。	規則第37条準用	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	虐待の発生・再発防止のための指針を整備していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的（年1回以上）に実施していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	上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。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36 会計の区分	指定相当通所型サービスの事業の会計とその他の事業の会計を区分していますか。	規則第38条準用	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37 記録の整備	次に掲げる記録を整備し、その完結の日から5年間保存していますか。 (1) 通所型サービス計画 (2) 具体的なサービスの内容等の記録 (3) 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 (4) 市町村への通知に係る記録（17を参照） (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	規則第56条	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38 指定相当通所型サービスの基本取り扱い方針	指定相当通所型サービスは、利用者の介護予防に資するよう、その目標を設定し、計画的に行っていますか。	規則第58条第1項	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	自らその提供する指定相当通所型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。	規則第58条第2項	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	指定相当通所型サービスの提供に当たり、単に利用者の運動機能の向上、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生活を営むことができるよう支援することを常に意識してサービス提供をしていますか。	規則第58条第3項	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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提供をしていますか。	規則第58条第4項	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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をしていますか。	規則第58条第5項	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

指定相当通所型サービス自己点検シート

点検した結果を記載してください。

	点検項目	確認事項	根拠条文	可	否	非該当
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39	指定相当通所型サービスの 具体的取り扱い方針	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していますか。	規則第59条	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		管理者は、利用者の日常生活全般の状況及び希望を踏まえて、指定相当通所型サービスの目標、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通所型サービス計画を作成していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		通所型サービス計画は、既に介護予防サービス計画が作成されている場合は、当該計画の内容に沿って作成していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		管理者は、通所型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、当該利用者の同意を得ていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		管理者は、通所型サービス計画のを作成した際には、通所型サービス計画を利用者に交付していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		通所型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。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		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。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		サービス提供に当たっては、当該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緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束を行っていませんか。（身体拘束がない場合には「非該当」を選択してください。）		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		身体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。（身体拘束がない場合には「非該当」を選択してください。）		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		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。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		管理者は、通所型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、当該通所型サービス計画に係る利用者の状態、当該利用者に対する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所等に報告するとともに、当該通所型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、当該通所型サービス計画の実施状況の把握（以下この間において「モニタリング」という。）を行っていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		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を作成した介護予防支援事業者等に報告していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		管理者は、モニタリングの結果を踏まえ、必要に応じて通所型サービス計画の変更を行っていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

指定相当通所型サービス自己点検シート

点検した結果を記載してください。

	点検項目	確認事項	根拠条文	可	否	非該当
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		サービスの提供に当たり、介護予防支援におけるアセスメントにおいて把握された課題、指定相当通所型サービスの提供による当該課題に係る改善状況等を踏まえつつ、効果的かつ柔軟なサービスの提供をしていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		運動器機能向上サービス、栄養改善サービス又は口腔機能向上サービスを提供するに当たっては、国内外の文献等において有効性が確認されている等適切なものをですか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		サービス提供に当たり、利用者が虚弱な高齢者であることに十分に配慮し、利用者に危険が伴うような強い負荷を伴うサービスの提供は行わないとともに、安全管理体制の確保を貼空などを通じて、利用者の安全面に最大限配慮していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		サービス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、その事業所内の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。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40	安全管理体制の確保	サービス提供に当たり、転倒等を防止するための環境整備を行っていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		サービス提供に当たり、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していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		サービスの提供を行っている時においても、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連絡を行う等の必要な措置を講じていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>