

令和 年度自己点検表 【 基準緩和訪問事業所 】

記 入 年 月 日	令 和 年 月 日
事 業 所 名	
記 入 者	(職名) (氏名)
連 絡 先 電 話 番 号	

<自己点検に当たっての留意事項>

- (1) 記入される時点での状況について、各項目の点検事項に記載されている内容について、満たされていれば「はい」に、そうでなければ「いいえ」の部分に○印をしてください。なお、該当するものがなければ「非該当」の部分に○印をしてください。
- (2) 点検事項について、全てが満たされていない場合(一部は満たしているが、一部は満たしていないような場合)は、「いいえ」に○印をしてください。
- (3) 該当のない項目については、チェック不要です。
- (4) 自己点検表の点検書類等の欄に掲げている書類等の全てが作成を義務づけられているものではなく、他の書類等で確認できればよいものもあります。
- (5) 根拠法令の要綱とは「一宮市あんしん介護予防事業における指定第1号事業の人員、設備及び運営に関する基準等を定める要綱」を言います。

第1 人員基準

点検項目	点検事項	点検結果	補足説明
1 管理者	・管理者は常勤で事業に従事していますか。	はい・いいえ	要綱44.45条 〈有資格者〉 ・介護福祉士 ・実務者研修修了者 〈有資格者〉 ・介護福祉士 ・初任者研修等修了者 ・市が定める研修修了者
	・管理者の他の事業との兼務は、適切ですか。	はい・いいえ ・非該当	
2 従事者	・サービス提供責任者は利用者40人に1人以上従事していますか。	はい・いいえ	
	・サービス提供責任者は資格がある者ですか。 (内訳) 介護福祉士(人)、実務者研修修了者(人)、初任者研修修了者(人)	はい・いいえ	
	・サービス提供責任者の他の事業との兼務は、適切ですか。	はい・いいえ ・非該当	
	・訪問介護員等は事業に必要な人数が従事していますか。	はい・いいえ	
	・訪問介護員等は資格がある者ですか。 (内訳) 介護福祉士(人)、初任者研修修了者(人)、市が定める研修修了者(人)	はい・いいえ	
	・訪問介護員等の他の事業との兼務は、適切ですか。	はい・いいえ ・非該当	
	・従業員は社会保険及び労働保険に加入していますか。	はい・いいえ ・非該当	

第3 運営基準

点検項目	点検事項	点検結果	補足説明
1 内容及び手続の説明及び同意	<ul style="list-style-type: none"> ・サービスの提供の開始に際し、利用者又は家族に重要事項を記した文書を交付して説明を行い、提供の開始について同意を得ていますか。 ※ 重要事項説明書に盛り込むべき内容 ① 運営規程の概要 <ul style="list-style-type: none"> <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 <input type="checkbox"/> 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"/> 緊急時等における対応方法 ② その他の重要事項 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 従業者の勤務の体制 <input type="checkbox"/> 事故発生時の対応 <input type="checkbox"/> 苦情処理の体制 	はい・いいえ 全てが盛り込まれていなくても可	要綱9条
	<ul style="list-style-type: none"> ・説明は行っていますか。 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 全員に説明済み <input type="checkbox"/> 一部に未終了(未終了者 人) <input type="checkbox"/> 説明未済 	はい・いいえ	
	<ul style="list-style-type: none"> ・同意は得ていますか。 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 契約書による同意 <input type="checkbox"/> 重要事項説明書による同意 <input type="checkbox"/> 別途同意書による同意 <input type="checkbox"/> 口頭同意のみ <input type="checkbox"/> その他 () 	はい・いいえ	
2 受給資格等の確認	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の被保険者証で、被保険者資格、要支援認定、基本チェックリスト該当の有無及び要支援認定の有効期間を確認していますか。 	はい・いいえ	要綱12条
3 心身の状況等の把握	<ul style="list-style-type: none"> ・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。 	はい・いいえ	要綱14条
4 介護予防支援事業者等との連携	<ul style="list-style-type: none"> ・サービスの提供に当たっては、介護予防支援事業者等との密接な連携に努めていますか。 	はい・いいえ	要綱15条
5 介護予防サービス支援計画書に沿ったサービス提供	<ul style="list-style-type: none"> ・提供するサービスは、介護予防サービス支援計画書の内容に沿ったものですか。 	はい・いいえ	要綱17条

6 サービスの提供の記録	<ul style="list-style-type: none"> ・ 基準緩和訪問介護サービス計画にある目標を達成するため具体的なサービス内容が記載されていますか。 	はい・いいえ	要綱20条
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 日々のサービスについて具体的な内容や利用者の心身の状況等を記していますか。 	はい・いいえ	
7 利用料等の受領	<ul style="list-style-type: none"> ・ 法定代理受領サービスを提供した場合は、利用者から利用料の一部として、介護予防・生活支援サービス事業費用基準額から事業者を支払われるサービス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。 	はい・いいえ	要綱21条
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 法定代理受領サービスに係る支払い以外で、下記の費用以外の費用の支払いを受けていませんか。 <input type="checkbox"/> 通常の事業の実施地域以外の地域の居宅においてサービスを行う場合に利用者から徴収することができる交通費等運営規程に定めたもの。 	はい・いいえ ・非該当	
	<ul style="list-style-type: none"> ・ サービスを提供した費用の支払いを受けた際、利用者等に領収証を交付していますか。 	はい・いいえ	要綱21.22条
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 上記の領収証には、第1号事業支給費に係る額とその他の費用による額を区分して記載していますか。(その他の費用についてはそれぞれ個別の費用毎に区分されていることが必要) 	はい・いいえ	
8 緊急時等の対応	<ul style="list-style-type: none"> ・ 従事者は、現にサービスの提供を行っているときに利用者の病状の急変等が生じた場合、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。 <p>* 対応マニュアルの作成 (有 ・ 無)</p>	はい・いいえ	要綱25条
9 運営規程	<ul style="list-style-type: none"> ・ 次に掲げる重要事項を内容とする運営規程を定めていますか。 <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 <input type="checkbox"/> サービスの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"/> 緊急時等における対応方法 <input type="checkbox"/> その他運営に関する重要事項 	はい・いいえ	要綱27条
10 勤務体制の確保	<ul style="list-style-type: none"> ・ サービス提供は事業所の従業員によって行われていますか。 	はい・いいえ	要綱29条
11 研修機会の確保	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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。 	はい・いいえ	

12 秘密保持等	<ul style="list-style-type: none"> ・事業所の従業員及び従業員であった者が、正当な理由がなく、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。 * 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を確認しているか（有・無） 	はい・いいえ	要綱32条
<ul style="list-style-type: none"> ・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るか。 * 同意文書の有無（有・無） ※重要事項説明書等により包括同意がとれていれば可 * 本人の同意（有・無） ※本人の個人情報を用いる場合 * 家族の同意（有・無） ※家族の個人情報を用いる場合 	はい・いいえ		
13 広告	<ul style="list-style-type: none"> ・事業所についての広告をする場合は、その内容が虚偽又は誇大なものになっていませんか。 	はい・いいえ ・非該当	要綱33条
14 苦情処理	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者またはその家族からの苦情に対し、迅速かつ適切に対応するために、必要な措置を講じていますか。 * 苦情相談窓口の設置（有・無） * 苦情相談窓口担当者（ ） 	はい・いいえ	要綱35条
<ul style="list-style-type: none"> ・相談窓口の連絡先、苦情処理の体制等を利用者またはその家族に知らせるとともに、事業所に掲示していますか。 <input type="checkbox"/> 連絡先:①事業所窓口、②市町、③国保連 	はい・いいえ		
<ul style="list-style-type: none"> ・苦情を受け付けた場合は、当該苦情の内容を記録していますか。 ※市長から求めがあれば、改善状況を報告する必要がある。 	はい・いいえ ・非該当		
<ul style="list-style-type: none"> ・苦情の内容を踏まえたサービスの質向上の取り組みを行っていますか。 	はい・いいえ ・非該当		
15 事故発生時の対応	<ul style="list-style-type: none"> ・サービスの提供により事故が発生した場合、速やかに市長、利用者の家族、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。 * 緊急連絡網の作成の有無（有・無） 	はい・いいえ ・非該当	要綱37条
<ul style="list-style-type: none"> ・事故が発生した場合の対応方法は定まっていますか。 	はい・いいえ		
<ul style="list-style-type: none"> ・事故の状況及び処置について記録していますか。 	はい・いいえ ・非該当		
<ul style="list-style-type: none"> ・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） * 保険会社名（ ） 	はい・いいえ ・非該当		
<ul style="list-style-type: none"> ・事故が生じた際には、再発生を防ぐための対策を講じていますか。 	はい・いいえ ・非該当		

第3 介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準

1 具体的取扱方針	<ul style="list-style-type: none"> ・ 介護予防サービス支援計画書に基づいて基準緩和訪問介護サービス計画を作成していますか。 	はい・いいえ	要綱51条
	<ul style="list-style-type: none"> ・ サービス提供責任者は、利用者の日常生活全般の状況及び希望を踏まえて、指定基準緩和訪問介護サービスの目標、当該目標を達成するための指定基準緩和訪問介護サービスの具体的な内容等を記載した基準緩和訪問介護サービス計画を作成していますか。 <input type="checkbox"/> 計画書への署名又は押印 <input type="checkbox"/> 口頭による説明及び同意 <input type="checkbox"/> その他() 	はい・いいえ	
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 基準緩和訪問介護サービス計画はサービスの具体的な内容、時間、日程等が明らかになっていますか。 	はい・いいえ	
	<ul style="list-style-type: none"> ・ サービス提供責任者は、介護予防サービス支援計画書を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。 	はい・いいえ	
	<ul style="list-style-type: none"> ・ サービス提供責任者は、サービス計画を利用者に交付していますか。 	はい・いいえ	
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 基準緩和訪問介護サービス計画は目標の達成状況は記録されていますか。 	はい・いいえ	
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 基準緩和訪問介護サービス計画は目標の達成状況に基づき、新たな基準緩和訪問介護サービス計画が立てられていますか。 	はい・いいえ	

第4 加算

1 同一建物減算	<ul style="list-style-type: none"> ・ 事業所と同一建物の利用者又はこれ以外の同一建物の利用者20人以上にサービスを行っていますか。 	はい・いいえ	
----------	--	--------	--