

# 指定基準 自己点検表 【地域密着型通所介護（療養通所介護）】

R6～版

|             |  |
|-------------|--|
| 事業所名        |  |
| 点検者<br>職・氏名 |  |
| 点検年月日       |  |

●指定介護保険事業者として守るべき最低基準を掲げています。確認の際は関係法令等も併せて参照してください。

●「基準の概要」欄の内容が実施できているかを確認し、内容を満たしているものには「はい」、そうでないものは「いいえ」、該当しない場合は「該当なし」にチェックをしてください。

●「確認事項」の欄には、「基準の概要」の遵守状況が確認できる資料及び必要な事項を記入してください。

## ◎根拠条文

- ・法：介護保険法（平成9年法律第123号）
- ・施行令：介護保険法施行令（平成10年政令第412号）
- ・施行規則：介護保険法施行規則（平成11年厚生省令第36号）

◇地域密着指定基準：指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成18年厚生労働省令第34号）

☆地域密着等基準通知：指定地域密着型サービス及び指定地域密着型介護予防サービスに関する基準について（平成18年3月31日老計発第0331004号・老振発第0331004号・老老発第0331017号）

・地域密着基準条例：大津市介護保険法に基づく指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例（平成25年条例第17号）

●この自己点検表は、事業者自らが指定基準等の遵守状況を確認し、提供するサービスの質を確保するとともに、事業運営の改善等を図ることを目的に作成していただくものです。

●運営指導や指定の更新等の際に提出していただくことがあります。

●令和6年度の制度改正に係る箇所を赤字にしておりますので、参考にしてください。

| 基準の概要                                                                                           | はい                       | いいえ                      | 該当なし                     | 確認事項 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------|
| 指定地域密着型サービスの一般原則                                                                                |                          |                          |                          |      |
| ◇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るか。                                                    | <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、他の地域密着型サービス事業者又は居宅サービス事業者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るか。 | <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るか。                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |

| 基準の概要                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | はい                       | いいえ                      | 該当なし                     | 確認事項 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------|
| <p>◇サービスを提供するに当たっては、法第118条の2第1項に規定する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るか。</p> <p>☆介護保険法第118条の2第1項に規定する介護保険等関連情報等を活用し、事業所単位でPDCAサイクルを構築・推進することにより、提供するサービスの質の向上に努めなければならないこととしたものである。この場合において、「科学的介護情報システム（LIFE：Long-term care Information system For Evidence）」に情報を提出し、当該情報及びフィードバック情報を活用することが望ましい。</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| <b>I 基本方針</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                          |                          |                          |      |
| <p>【地域密着型通所介護】（療養通所介護）</p> <p>◇要介護状態となった場合においても、その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の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図っているか。</p>                                                                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| <p>◇指定療養通所介護の提供に当たっては、利用者の主治の医師及び当該利用者の利用している訪問看護事業者等との密接な連携に努めているか。</p>                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| <b>II 人員に関する基準</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                          |                          |                          |      |
| <p>1. 看護職員又は介護職員の員数</p> <p>◇利用者の数が1.5に対し、提供時間帯を通じて専ら指定療養通所介護の提供に当たる療養通所介護従業者が1以上確保されるために必要と認められる数以上となっているか。</p>                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| <p>◇従業者のうち1人以上は、常勤の看護師であって専ら指定療養通所介護の職務に従事する者となっているか。</p>                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| <p>2. 管理者</p> <p>◇指定療養通所介護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るか。ただし、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できる。</p>                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| <p>◇管理者は、看護師であるか。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| <p>☆管理者は、看護師の業務の停止を命じられている者、業務停止の期間終了後2年を経過しない者でないか。</p>                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| <p>◇管理者は、適切な指定療養通所介護を行うために必要な知識及び技能を有する者であるか。</p>                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| <p>☆管理者は、訪問看護に従事した経験のある者であるか。さらに、管理者としての資質を確保するために関連機関が提供する研修等を受講しているか。</p>                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |

| 基準の概要                                                                                                                                                                                                                                                                        | はい                       | いいえ                      | 該当なし                     | 確認事項 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------|
| <b>Ⅲ 設備に関する基準</b>                                                                                                                                                                                                                                                            |                          |                          |                          |      |
| 1. 利用定員<br>◇利用定員を18人以下としているか。                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| 2. 設備及び備品等<br>◇事業所は、指定療養通所介護を行うのにふさわしい専用の部屋を有するほか、消火設備その他の非常災害に際して必要な設備並びに指定療養通所介護の提供に必要な設備及び備品等を備えているか。                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| ◇上記に掲げる専用の部屋の面積は、6.4平方メートルに利用定員を乗じて得た面積以上であるか。                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| ☆専用の部屋は、他の部屋等と明確に区分され、完全に遮断されているか。                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| ◇上記第1項に掲げる設備は、専ら指定療養通所介護の事業の用に供するものであるか。ただし、利用者に対する指定療養通所介護の提供に支障がない場合は、この限りでない。<br><br>☆上記但し書きの場合、利用者以外の者も利用者としてみなして人員及び設備の基準を満たさなければならない。具体的には、利用定員を9人と定めている場合には、利用者7人、利用者以外の者2人であれば、療養通所介護従業者の員数は、提供時間帯を通じて6人を確保するために必要な数とするとともに、利用者の数はすでに9人とみなされていることから、これを上限としなければならない。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| ◇指定療養通所介護事業所の設備を利用し、夜間及び深夜に指定療養通所介護以外のサービス（以下「宿泊サービス」という。）を提供する場合には、当該サービスの内容を当該サービスの提供開始前に市長へ届け出ているか。<br><br>⇒宿泊サービス自己点検表へ                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| <b>Ⅳ 運営に関する基準</b>                                                                                                                                                                                                                                                            |                          |                          |                          |      |
| 1. 内容及び手続の説明及び同意<br>◇指定療養通所介護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、運営規程の概要、従業者の勤務の体制、利用者ごとに定めた緊急時等の対応策、主治の医師及び緊急時対応医療機関との連絡体制並びに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（苦情処理の体制等）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るか。                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| ☆わかりやすい説明書やパンフレット等の文書を交付して懇切丁寧な説明を行い、同意を文面で得ているか。                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| 2. 提供拒否の禁止<br>◇正当な理由なく、サービスの提供を拒んでいないか。                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |

| 基準の概要                                                                                                                                                      | はい                       | いいえ                      | 該当なし                     | 確認事項 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------|
| <p>3. サービス提供困難時の対応</p> <p>◇事業所の通常の事業の実施地域等を勘案し、利用申込者に対し自ら適切な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居宅介護支援事業者への連絡、適当な他の指定療養通所介護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るか。</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| <p>4. 受給資格等の確認</p> <p>◇指定療養通所介護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、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間を確かめているか。</p>                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| <p>◇上記の被保険者証に、認定審査会意見が記載されているときは、当該認定審査会意見に配慮して、指定療養通所介護を提供するように努めているか。</p>                                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| <p>5. 要介護認定の申請に係る援助</p> <p>◇サービスの提供の開始に際し、要介護認定を受けていない利用申込者については、要介護認定の申請が既に行われているかどうかを確認し、申請が行われていない場合は、当該利用申込者の意思を踏まえて速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行っているか。</p>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| <p>◇居宅介護支援が利用者に対して行われていない等の場合であって必要と認めるときは、要介護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介護認定の有効期間が終了する日の30日前にはなされるよう、必要な援助を行っているか。</p>                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| <p>6. 心身の状況等の把握</p> <p>◇指定療養通所介護の提供に当たり、利用者に係る居宅介護支援事業者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るか。</p>                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| <p>◇体調の変化等に応じた適切なサービスを提供できるよう、特に利用者の主治の医師及び当該利用者が利用する訪問看護事業者等との密接な連携を図り、利用者の心身の状況等の把握に努めているか。</p>                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| <p>7. 居宅介護支援事業者等との連携</p> <p>◇指定療養通所介護を提供するに当たっては、指定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るか。</p>                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| <p>◇利用者に対する指定療養通所介護の提供の適否について、主治の医師を含めたサービス担当者会議において検討するため、当該利用者に係る居宅介護支援事業者に対して必要な情報を提供するように努めているか。</p>                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| <p>◇利用者に係る指定居宅介護支援事業者に対して、居宅サービス計画の作成及び変更等に必要な情報の提供に努めているか。</p>                                                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| <p>◇指定療養通所介護の提供の終了に際し、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、利用者に係る指定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るか。</p>                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |

| 基準の概要                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | はい                       | いいえ                      | 該当なし                     | 確認事項 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------|
| <p>8. 法定代理受領サービスの提供を受けるための援助<br/> ◇指定療養通所介護の提供の開始に際し、利用申込者が介護保険法施行規則第65条の4(※)各号のいずれにも該当しないときは、当該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、サービスの提供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を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るか。</p> <p>※法施行規則第65条の4＝地域密着型介護サービス費の代理受領の要件：被保険者が居宅介護支援を受けることにつき、あらかじめ市町村に届出ている場合であって、当該サービス計画の対象となっている時</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| <p>9. 居宅サービス計画に沿ったサービスの提供<br/> ◇居宅サービス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るか。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| <p>10. 居宅サービス計画等の変更の援助<br/> ◇利用者が居宅サービス計画の変更を希望する場合は、当該利用者に係る居宅介護支援事業者への連絡その他の必要な援助を行っているか。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| <p>11. サービスの提供の記録<br/> ◇指定療養通所介護を提供した際には、当該指定療養通所介護の提供日及び内容、当該指定療養通所介護について利用者に代わって支払を受ける地域密着型介護サービス費の額その他必要な事項を、利用者の居宅サービス計画を記載した書面又はこれに準ずる書面に記載しているか。</p>                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| <p>◇指定療養通所介護を提供した際には、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るか。</p>                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| <p>12. 利用料等の受領<br/> ◇利用者から利用料の一部として、当該指定療養通所介護に係る地域密着型介護サービス費用基準額から当該指定療養通所介護事業者を支払われる地域密着型介護サービス費の額を控除して得た額の支払を受けているか。</p>                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| <p>◇法定代理受領サービスに該当しない指定療養通所介護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、指定療養通所介護に係る地域密着型介護サービス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るか。</p>                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| <p>◇次に掲げる費用以外の支払を利用者から受けてないか。</p> <p>イ 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</p> <p>□ 食事の提供に要する費用</p> <p>ハ おむつ代</p>                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |

| 基準の概要                                                                                                                              | はい                       | いいえ                      | 該当なし                     | 確認事項 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------|
| 二 上記に掲げるもののほか、指定療養通所介護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                                       |                          |                          |                          |      |
| ☆保険給付の対象となっているサービスと明確に区分されないあいまいな名目による費用の支払いを受けていないか。                                                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| ◇上記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、当該サービス内容及び費用について説明を行い、利用者の同意を得ているか。                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| 13. 領収証の交付<br>・サービスの提供に要した費用につき、その支払いを受ける際、当該利用者に対して、施行規則第65条で定めるところにより領収証を交付しているか。                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| 14. 保険給付の請求のための証明書の交付<br>◇法定代理受領サービスに該当しない指定療養通所介護に係る利用料の支払を受けた場合は、提供した指定療養通所介護の内容、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て交付しているか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| 15. 基本取扱方針及び具体的取扱方針<br>15-1. 基本取扱方針<br>◇利用者の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、その目標を設定し、計画的に行っているか。                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| ◇自らその提供する指定療養通所介護の質の評価を行い、常にその改善を図っているか。                                                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| 15-2. 具体的取扱方針<br>◇療養通所介護計画に基づき、利用者の機能訓練及びその者が日常生活を営むことができるよう必要な援助を行っているか。                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| ◇指定療養通所介護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るか。                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| ◇指定療養通所介護の提供に当たっては、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、身体的拘束等を行っていないか。                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| ◇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るか。                                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| ☆緊急やむを得ない理由については、切迫性、非代替性及び一時性の3つの要件を満たすことについて、組織等としてこれらの要件の確認等の手続きを極めて慎重に行うこととし、その具体的な内容について記録しているか。                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| ◇指定療養通所介護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提供しているか。                                                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |

| 基準の概要                                                                                                                                                                                               | はい                       | いいえ                      | 該当なし                     | 確認事項 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------|
| ◇利用者の体調の変化等に応じた適切なサービスを提供できるよう、利用者の主治の医師や当該利用者の利用する訪問看護事業者等との密接な連携を図り、サービスの提供方法及び手順等についての情報共有を十分に図っているか。                                                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| ◇常に利用者の心身の状況を的確に把握しつつ、相談援助等の生活指導、機能訓練その他必要なサービスを利用者の希望に添って適切に提供しているか。                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| 16. 療養通所介護計画の作成<br>◇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、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療養通所介護計画を作成しているか。                                                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| ◇療養通所介護計画は、既に居宅サービス計画が作成されている場合は当該居宅サービス計画に沿って作成しているか。                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| ◇療養通所介護計画は、既に訪問看護計画が作成されている場合は、当該訪問看護計画の内容との整合を図りつつ、作成しているか。                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| ◇管理者は、療養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いるか。                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| ◇管理者は、療養通所介護計画を作成した際には、当該療養通所介護計画を利用者に交付しているか。                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| ◇従業者は、それぞれの利用者について、療養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行っているか。                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| 17. 利用者に関する市町村への通知<br>◇指定療養通所介護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町村に通知しているか。<br><br>一 正当な理由なしに指定療養通所介護の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。<br>二 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。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| 18. 緊急時等の対応<br>◇従業者は、指定療養通所介護の提供を行っている時の利用者の病状の急変に備え、主治の医師とともに、その場合の対応策（以下「緊急時等の対応策」という）について利用者ごとに検討し、緊急時等の対応策を予め定めているか。                                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| ◇緊急時等の対応策について、利用者及びその家族に十分に説明し、利用者及びその家族が安心してサービスを利用できるよう配慮しているか。                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |

| 基準の概要                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | はい                       | いいえ                      | 該当なし                     | 確認事項 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------|
| ◇現に指定療養通所介護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、緊急時等の対応策に基づき、速やかに主治の医師又は緊急時対応医療機関への連絡を行う等の必要な措置を講じているか。                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| ◇利用者の主治の医師と密接な連携をとりながら、利用者の状態の変化に応じて緊急時等の対応策を変更しているか。また、変更後の緊急時等の対応策について、利用者及びその家族に十分に説明しているか。                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| 19. 管理者の責務<br>◇管理者は、従業者の管理、サービス利用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るか。                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| ◇管理者は、利用者の体調の変化等に応じた適切なサービスを提供できるよう、利用者の主治の医師や当該利用者が利用する訪問看護事業者等と密接に連携を図り、サービスの提供方法、手順等についての情報の共有を十分に行っているか。                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| ◇管理者は、指定療養通所介護の提供に適切な環境を整備しているか。                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| ◇管理者は、利用者個々の療養通所介護計画に関し、必要な指導及び管理を行っているか。                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| ◇管理者は、事業所の従業者に指定療養通所介護の運営に関する基準を遵守させるため必要な指揮命令を行っているか。                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| 20. 運営規程<br>◇事業者は、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を定めているか。<br><br>① 事業の目的及び運営の方針<br>② 従業者の職種、員数及び職務の内容<br>③ 営業日及び営業時間<br>④ 指定療養通所介護の利用定員<br>⑤ 指定療養通所介護の内容及び利用料その他の費用の額<br>⑥ 通常の事業の実施地域<br>⑦ サービス利用に当たっての留意事項<br>⑧ 非常災害対策<br>⑨ 虐待の防止のための措置に関する事項<br>⑩ その他運営に関する重要事項（人権擁護、暴力団等の排除、苦情処理、事故対応、秘密保持、非常災害時の他の社会福祉施設との連携等） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| 21. 緊急時対応医療機関<br>◇利用者の病状の急変等に備えるため、あらかじめ、緊急時対応医療機関を定めているか。                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |

| 基準の概要                                                                                                                                                                                          | はい                       | いいえ                      | 該当なし                     | 確認事項 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------|
| ◇緊急時対応医療機関は、指定療養通所介護事業所と同一の敷地内に存し、又は隣接、近接しているか。                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| ◇緊急時において円滑な協力を得るため、当該緊急時対応医療機関との間であらかじめ必要な事項を取り決めているか。                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| 22. 勤務体制の確保等<br>◇利用者に対し適切な指定療養通所介護を提供できるよう、事業所ごとに従業員の勤務の体制を定めているか。                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| ☆事業所ごとに、原則として月ごとの勤務表を作成し、従業員の日々の勤務時間、常勤・非常勤の別、看護職員、介護職員の配置、管理者との兼務関係等を明確にしているか。                                                                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| ☆原則として、当該事業所の従業員たる療養通所介護従業員によって療養通所介護を提供しているか。ただし、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、第三者への委託等を行うことを認めるものである。                                                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| ◇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るか。その際、事業者は、全ての通所介護従業員（看護師、准看護師、介護福祉士、介護支援専門員、法第8条第2項に規定する政令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るか。<br>（令和6年4月1日から義務化）               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| ☆当該義務付けの対象とならない者は、看護師、准看護師、介護福祉士、介護支援専門員、実務者研修修了者、介護職員初任者研修修了者、生活援助従事者研修修了者に加え、介護職員基礎研修課程又は訪問介護員養成研修一級課程・二級課程修了者、社会福祉士、医師、歯科医師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、精神保健福祉士、管理栄養士、栄養士、あん摩マッサージ師、はり師、きゅう師等とする。 |                          |                          |                          |      |
| ◇適切なサービス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るか。                                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| ☆事業主が講ずべき措置の内容及び事業主が講じることが望ましい取組については、次のとおりとする。なお、セクシュアルハラスメントについては、上司や同僚に限らず、利用者やその家族等から受けるものも含まれることに留意しているか。                                                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| イ 事業主が講ずべき措置の具体的内容<br>「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」及び「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」（以下、「パワーハラスメント指針」という。）において規定されているとおりであるが、以下の内容について特に留意しているか。    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |

| 基準の概要                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | はい                       | いいえ                      | 該当なし                     | 確認事項 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------|
| a 事業主の方針等の明確化及びその周知・啓発<br>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・啓発しているか。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| b 相談（苦情を含む。以下同じ。）に応じ、適切に対応するために必要な体制の整備<br>相談に対応する担当者をあらかじめ定めること等により、相談へ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るか。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 担当者： |
| □ 事業主が講じることが望ましい取組について<br><br>パワーハラスメント指針においては、顧客等からの著しい迷惑行為（カスタマーハラスメント）の防止のために、事業主が雇用管理上の配慮として行うことが望ましい取組の例として、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）及び③被害防止のための取組（マニュアル作成や研修の実施等、業種・業態等の状況に応じた取組）が規定されている。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、イ「事業主が講ずべき措置の具体的内容」の必要な措置を講じるにあたっては、「介護現場におけるハラスメント対策マニュアル」、「（管理職・職員向け）研修のための手引き」等を参考にした取組を行うことが望ましい。この際、上記マニュアルや手引きについては、以下の厚生労働省ホームページに掲載しているが、参考にしているか。<br>( <a href="https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_05120.html">https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_05120.html</a> )<br>加えて、都道府県において、地域医療介護総合確保基金を活用した介護職員に対する悩み相談窓口設置事業や介護事業所におけるハラスメント対策推進事業を実施している場合、事業者が行う各種研修の費用等について助成等を行っていることから、事業主はこれらの活用も含め、介護事業所におけるハラスメント対策を推進することが望ましい。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| 22. 業務継続計画の策定等<br>◇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（以下「業務継続計画」という。）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るか。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| ☆業務継続計画には、以下の項目等を記載しているか。なお、各項目の記載内容については、「介護施設・事業所における感染症発生時の業務継続ガイドライン」及び「介護施設・事業所における自然災害発生時の業務継続ガイドライン」を参照されたい。また、想定される災害等は地域によって異なるものであることから、項目については実態に応じて設定すること。なお、感染症及び災害の業務継続計画を一体的に策定することを妨げるものではない。<br>さらに、感染症にかかる業務継続計画、感染症の予防及びまん延の防止のための指針、災害に係る業務継続計画並びに非常災害に関する具体的計画については、それぞれに対応する項目を適切に設定している場合には、一体的に策定することとして差し支えない。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |

| 基準の概要                                                                                                                                                                                                                                               | はい                       | いいえ                      | 該当なし                     | 確認事項 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------|
| イ 感染症に係る業務継続計画<br>a 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）<br>b 初動対応<br>c 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）                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| □ 災害に係る業務継続計画<br>a 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）<br>b 緊急時の対応（業務継続計画発動基準、対応体制等）<br>c 他施設及び地域との連携                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| ◇従業員に対し、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実施しているか。                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| ☆業務継続計画を策定するとともに、当該計画に従い、従業員に対して、必要な研修及び訓練（シミュレーション）を実施しているか。なお、業務継続計画の策定、研修及び訓練の実施については、事業所に実施が求められるものであるが、他のサービス事業者との連携等により行うことも差し支えない。また、感染症や災害が発生した場合には、従業員が連携し取り組むことが求められることから、研修及び訓練の実施にあたっては、全ての従業員が参加できるようにすることが望ましい。                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| ☆研修の内容は、感染症及び災害に係る業務継続計画の具体的内容を職員間に共有するとともに、平常時の対応の必要性や、緊急時の対応にかかる理解の励行を行うものとしているか。職員教育を組織的に浸透させていくために、定期的（年1回以上）な教育を開催するとともに、新規採用時には別に研修を実施することが望ましい。また、研修の実施内容についても記録しているか。なお、感染症の業務継続計画に係る研修については、感染症の予防及びまん延の防止のための研修と一体的に実施することも差し支えない。        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| ☆訓練（シミュレーション）においては、感染症や災害が発生した場合において迅速に行動できるよう、業務継続計画に基づき、事業所内の役割分担の確認、感染症や災害が発生した場合に実践するケアの演習等を定期的（年1回以上）に実施しているか。なお、感染症の業務継続計画に係る訓練については、感染症の予防及びまん延の防止のための訓練と一体的に実施することも差し支えない。訓練の実施は、机上を含めその実施手法は問わないものの、机上及び実地で実施するものを適切に組み合わせながら実施することが適切である。 | <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るか。                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| 23. 定員の遵守<br>◇利用定員を超えて指定療養通所介護の提供を行っていないか。ただし、災害その他のやむを得ない事情がある場合は、この限りではない。                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| 24. 非常災害対策<br>◇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っているか。                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |

| 基準の概要                                                                                                                                                                                                                                      | はい                       | いいえ                      | 該当なし                     | 確認事項 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------|
| ◇事業者は、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るか。                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| ☆火災等の災害時に、地域の消防機関へ速やかに通報する体制をとるよう従業員に周知徹底するとともに、日頃から消防団や地域住民との連携を図り、火災等の際に消火・非難等に協力してもらえるような体制づくりを行っているか。                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| ☆「非常災害に関する具体的計画」とは、消防法施行規則第3条に規定する消防計画（これに準ずる計画を含む。）及び風水害、地震等の災害に対処するための計画をいう。この場合、消防計画の策定及びこれに基づく消防業務の実施は、消防法第8条の規定により防火管理者を置くこととされている事業所にあつてはその者に行わせているか。また、防火管理者を置かなくてもよいこととされている事業所においても、防火管理について責任者を定め、その者に消防計画に準ずる計画の樹立等の業務を行わせているか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| ・非常災害等の発生の際にその事業が継続できるよう、他の社会福祉施設との連携および協力を行う体制を構築するよう努めているか。                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| 25. 衛生管理等<br>◇利用者の使用する施設、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るか。                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| ☆事業者は、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、密接な連携を保っているか。                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| ☆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、その発生及びまん延を防止するための措置について、別途通知等が発出されているが、これに基づき、適切な措置を講じているか。                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| ☆空調設備等により施設内の適温の確保に努めているか。                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| ◇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、以下に掲げる措置を講じているか。                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| ☆感染症の予防又はまん延しないように講ずるべき措置については、具体的には次の①から③までの取扱いとしているか。各事項については事業所に実施が求められるものであるが、他のサービス事業者との連携等により行うことも差し支えない。                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| ◇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（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）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、従業員に周知徹底を図っているか。                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |

| 基準の概要                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | はい                       | いいえ                      | 該当なし                     | 確認事項 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------|
| <p>☆ 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（以下「感染対策委員会」という。）</p> <p>感染対策委員会は、感染対策の知識を有する者を含む、幅広い職種により構成することが望ましく、特に、感染症対策の知識を有する者については外部の者も含め積極的に参画を得ることが望ましい。構成メンバーの責任及び役割分担を明確にするとともに、専任の感染対策を担当する者（以下「感染対策担当者」という。）を決めておくことが必要である。感染対策委員会は、利用者の状況など事業所の状況に応じ、おおむね6月に1回以上、定期的を開催するとともに、感染症が流行する時期等を勘案して必要に応じ随時開催する必要がある。感染対策委員会は、テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。この際、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」等を遵守すること。なお、感染対策委員会は、他の会議体を設置している場合、これと一体的に設置・運営することとして差し支えない。また、事業所に実施が求められるものであるが、他のサービス事業者との連携等により行うことも差し支えない。</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| ◇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るか。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| <p>☆ ②感染症の予防及びまん延の防止のための指針</p> <p>「感染症の予防及びまん延の防止のための指針」には、平常時の対策及び発生時の対応を規定する。平常時の対策としては、事業所内の衛生管理（環境の整備等）、ケアにかかる感染対策（手洗い、標準的な予防策）等、発生時の対応としては、発生状況の把握、感染拡大の防止、医療機関や保健所、市町村における事業所関係課等の関係機関との連携、行政等への報告等が想定される。また、発生時における事業所内の連絡体制や上記の関係機関への連絡体制を整備し、明記しておくことも必要である。なお、それぞれの項目の記載内容の例については、「介護現場における感染対策の手引き」を参照されたい。</p>                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| ◇事業所において、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実施しているか。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |

| 基準の概要                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | はい                       | いいえ                      | 該当なし                     | 確認事項 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------|
| <p>☆ ③感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練<br/> 従業者に対する「感染症の予防及びまん延の防止のための研修」の内容は、感染対策の基礎的内容等の適切な知識を普及・啓発するとともに、事業所における指針に基づいた衛生管理の徹底や衛生的なケアの励行を行うものとする。職員教育を組織的に浸透させていくためには、当該事業所が定期的な教育（年1回以上）を開催するとともに、新規採用時には感染対策研修を実施することが望ましい。また、研修の実施内容についても記録することが必要である。なお、研修の実施は、厚生労働省「介護施設・事業所の職員向け感染症対策力向上のための研修教材」等を活用するなど、事業所内で行うものでも差し支えなく、当該事業所の実態に応じ行うこと。また、平時から、実際に感染症が発生した場合を想定し、発生時の対応について、訓練（シミュレーション）を定期的（年1回以上）に行うことが必要である。訓練においては、感染症発生時において迅速に行動できるよう、発生時の対応を定めた指針及び研修内容に基づき、事業所内の役割分担の確認や、感染対策をした上でのケアの演習等を実施するものとする。訓練の実施は、机上を含めその実施手法は問わないものの、机上及び実地で実施するものを適切に組み合わせながら実施することが適切である。</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| <p>26. 掲示<br/> ◇事業所の見やすい場所に、重要事項に関する規程の概要、従業者の勤務の体制、苦情相談窓口、料金表、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るか。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| <p>◇上記に規定する事項を記載した書面を掲示していない場合は、当該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ができるようになっているか。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| <p>◇事業者は、原則として、重要事項をウェブサイトに掲載しているか。<br/> ☆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いう。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| <p>27. 秘密保持等<br/> ◇従業者は、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していないか。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| <p>◇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るか。</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、予め文書により得ているか。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| <p>28. 広告<br/> ◇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でないか。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| <p>29. 居宅介護支援事業者に対する利益供与の禁止<br/> ◇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ないか。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |

| 基準の概要                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | はい                       | いいえ                      | 該当なし                     | 確認事項 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------|
| <p>30. 苦情処理体制</p> <p>◇提供した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相談窓口を設置する等の必要な措置を講じているか。</p> <p>☆「必要な措置」とは、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。なお、ウェブサイトへの掲載に関する取扱いは、「26. 掲示」の取扱いに準ずるものとする。</p> | <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るか。                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| ☆苦情がサービスの質の向上を図る上での重要な情報であるとの認識に立ち、苦情の内容を踏まえ、サービスの質の向上に向けた取組を自ら行っているか。                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| ◇提供したサービスに関し、法の規定により市町村が行う文書その他の物件の提出若しくは提示の求め又は当該市町村の職員からの質問若しくは照会に応じ、及び利用者からの苦情に関して市町村が行う調査に協力するとともに、市町村から指導又は助言を受けた場合においては、当該指導又は助言に従って必要な改善を行っているか。                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| ◇市町村からの求めがあった場合には、前項の改善の内容を市町村に報告しているか。                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| ◇提供したサービスに係る利用者からの苦情に関して国民健康保険団体連合会が行う調査に協力するとともに、国民健康保険団体連合会から指導又は助言を受けた場合においては、当該指導又は助言に従って必要な改善を行っているか。                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| ◇国民健康保険団体連合会からの求めがあった場合には、前項の改善の内容を国民健康保険団体連合会に報告しているか。                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| <p>31. 地域との連携等</p> <p>◇指定療養通所介護の提供に当たっては、利用者、利用者の家族、地域住民の代表者（町内会役員、民生委員、老人クラブの代表等）、市町村の職員又は地域包括支援センターの職員、療養通所介護に知見を有する者等により構成される運営推進会議を設置し、おおむね12ヶ月に1回以上、運営推進会議に対し活動状況を報告し、運営推進会議の評価を受けるとともに、運営推進会議から必要な要望、助言等を聴く機会を設けているか。</p>                                                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |

| 基準の概要                                                                                                                                                                                                                                         | はい                       | いいえ                      | 該当なし                     | 確認事項 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------|
| <p>☆運営推進会議の効率化や、事業所間のネットワーク形成の促進等の観点から、複数の事業所の運営推進会議を合同で行う場合、以下の要件を満たしているか。</p> <p>イ 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。</p> <p>ロ 同一の日常生活圏域内の所在する事業所であること。ただし、事業所間のネットワーク形成の促進が図られる範囲で、地域の実情に合わせて、市町村区域の単位等内に所在する事業所であっても差し支えないこと。</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| ◇運営推進会議の報告、評価、要望、助言等について記録を作成するとともに、当該記録の公表を行っているか。                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| ◇事業の運営に当たっては、利用者の状態に応じて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るか。                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| ◇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るか。                                                                                                                                                                  | <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療養通所介護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療養通所介護の提供を行うよう努めているか。                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| <p>32. 事故発生時の対応</p> <p>◇利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族、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るか。</p>                                                                                                                                   | <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しているか。                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| ◇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るか。                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| ☆事故が生じた際にはその原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じているか。                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| <p>33. 虐待の防止</p> <p>◇虐待の発生又はその再発を防止するため、次の各号に掲げる措置を講じているか。</p>                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| ◇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（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を定期的開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図っているか。                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |

| 基準の概要                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | はい                       | いいえ                      | 該当なし                     | 確認事項 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------|
| <p>☆①虐待の防止のための対策を検討する委員会（以下「虐待防止検討委員会」という。）</p> <p>虐待防止検討委員会は、虐待等の発生の防止・早期発見に加え、虐待等が発生した場合はその再発を確実に防止するための対策を検討する委員会であり、管理者を含む幅広い職種で構成する。構成メンバーの責務及び役割分担を明確にするとともに、定期的に関催することが必要である。また、事業所外の虐待防止の専門家を委員として積極的に活用することが望ましい。</p> <p>一方、虐待等の事案については、虐待等に係る諸般の事情が、複雑かつ機微なものであることが想定されるため、その性質上、一概に従業者に共有されるべき情報であるとは限られず、個別の状況に応じて慎重に対応することが重要である。</p> <p>なお、虐待防止検討委員会は、他の会議体を設置している場合、これと一体的に設置・運営することとして差し支えない。また、事業所に実施が求められるものであるが、他のサービス事業者との連携により行うことも差し支えない。</p> <p>また、虐待防止検討委員会は、テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。この際、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」等を遵守すること。</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| <p>☆①虐待防止検討委員会は、具体的には、次のような事項について検討しているか。その際、そこで得た結果（事業所における虐待に対する体制、虐待等の再発防止策等）は、従業者に周知徹底を図っているか。</p> <p>イ 虐待防止検討委員会その他事業所内の組織に関すること</p> <p>ロ 虐待の防止のための指針の整備に関すること</p> <p>ハ 虐待の防止のための職員研修の内容に関すること</p> <p>ニ 虐待等について、従業者が相談・報告できる体制整備に関すること</p> <p>ホ 従業者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</p> <p>ヘ 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</p> <p>ト 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>                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| ◇事業所における虐待の防止のための指針を整備しているか。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| <p>☆②虐待の防止のための指針</p> <p>事業者が整備する「虐待の防止のための指針」には、次のような項目を盛り込んでいるか。</p> <p>イ 事業所における虐待の防止に関する基本的考え方</p> <p>ロ 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</p> <p>ハ 虐待の防止のための職員研修に関する基本方針</p> <p>ニ 虐待等が発生した場合の対応方法に関する基本方針</p> <p>ホ 虐待等が発生した場合の相談・報告体制に関する事項</p> <p>ヘ 成年後見制度の利用支援に関する事項</p> <p>ト 虐待等に係る苦情解決方法に関する事項</p> <p>チ 利用者等に対する当該指針の閲覧に関する事項</p> <p>リ その他虐待の防止の推進のために必要な事項</p>                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |

| 基準の概要                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | はい                       | いいえ                      | 該当なし                     | 確認事項 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------|
| ◇事業所において、従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施しているか。                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| <p>☆③虐待の防止のための従業者に対する研修<br/> 従業者に対する虐待の防止のための研修の内容としては、虐待等の防止に関する基礎的内容等の適切な知識を普及・啓発するものであるとともに、当該事業所における指針に基づき、虐待の防止の徹底を行うものとしているか。</p> <p>職員教育を組織的に徹底させていくためには、事業者が指針に基づいた研修プログラムを作成し、定期的な研修（年1回以上）を実施するとともに、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が重要である。</p> <p>また、研修の実施内容についても記録することが必要である。研修の実施は、事業所内での研修で差し支えない。</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| ◇地域密着指定基準第40条の16で準用される第3条の38の2第1号から第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るか。                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| <p>☆虐待の防止に関する措置を適切に実施するための担当者<br/> 事業所における虐待を防止するための体制として、①から③までに掲げる措置を適切に実施するため、担当者を置いているか。当該担当者としては、虐待防止検討委員会の責任者と同一の従業者が務めることが望ましい。なお、同一事業所内での複数担当の兼務や他の事業所、施設等との担当の兼務については、担当者としての職務に支障がなければ差し支えない。ただし、日常的に兼務先の各事業所内の業務に従事しており、利用者や事業所の状況を適切に把握している者など、各担当者としての職務を遂行する上で支障がないと考えられる者を選任すること。</p>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| <p>☆虐待を未然に防止するための対策及び発生した場合の対応等については、「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」（以下「高齢者虐待防止法」という。）に規定されているところであり、その実効性を高め、利用者の尊厳の保持・人格の尊重が達成されるよう、次に掲げる観点から虐待の防止に関する措置を講じているか。</p>                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| <p>・虐待の未然防止<br/> 高齢者の尊厳保持・人格尊重に対する配慮を常に心がけながらサービス提供にあたる必要があり、第3条の一般原則に位置付けられているとおり、研修等を通じて、従業者にとそれらに関する理解を促しているか。同様に、従業者が高齢者虐待防止法等に規定する養介護事業の従業者としての責務・適切な対応等を正しく理解していることも重要である。</p>                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| <p>・虐待等の早期発見<br/> 事業所の従業者は、虐待等又はセルフ・ネグレクト等の虐待に準ずる事案を発見しやすい立場にあることから、これらを早期に発見できるよう、必要な措置（虐待等に対する相談体制、市町村の通報窓口の周知等）がとられていることが望ましい。また、利用者及びその家族からの虐待等に係る相談、利用者から市町村への虐待の届出について、適切に対応しているか。</p>                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |

| 基準の概要                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | はい                       | いいえ                      | 該当なし                     | 確認事項 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------|
| <p>・虐待等への迅速かつ適切な対応</p> <p>虐待が発生した場合には、速やかに市町村の窓口に通報される必要があり、事業者は当該通報の手続が迅速かつ適切に行われ、市町村等が行う虐待等に対する調査等に協力するよう努めているか。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| <p>上記3つの観点を踏まえ、虐待等の防止・早期発見に加え、虐待等が発生した場合はその再発を確実に防止するために次に掲げる事項を実施しているか。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| <p>34. 安全・サービス提供管理委員会の設置</p> <p>◇安全かつ適切なサービスの提供を確保するため、地域の医療関係団体（地域の医師会等）に属する者、地域の保健、医療又は福祉の分野を専門とする者その他指定療養通所介護の安全かつ適切なサービスの提供を確保するために必要と認められる者から構成される安全・サービス提供管理委員会を設置しているか。</p>                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| <p>◇委員会は、おおむね6月に1回以上開催し、事故事例等、安全管理に必要なデータの収集を行うとともに、当該データ等を踏まえ、指定療養通所介護事業所における安全かつ適切なサービスの提供を確保するための方策の検討を行い、当該検討の結果についての記録を作成しているか。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| <p>◇委員会での検討の結果を踏まえ、必要に応じて対策を講じているか。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| <p>35. 会計の区分</p> <p>◇事業所ごとに経理を区分するとともに、指定療養通所介護の事業の会計とその他の事業の会計を区分しているか。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| <p>36. 記録の整備</p> <p>◇従業者、設備、備品及び会計に関する諸記録を整備しているか。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| <p>◇次に掲げる記録を整備し、指定療養通所介護の提供の完結の日から2年間保存しているか。</p> <p>① 療養通所介護計画</p> <p>② 安全・サービス提供管理委員会において安全かつ適切なサービスの提供を確保するための方策を検討した結果の記録</p> <p>③ 提供した具体的なサービスの内容等の記録</p> <p>④ 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</p> <p>⑤ 市町村への通知に係る記録</p> <p>⑥ 苦情の内容等の記録</p> <p>⑦ 事故の状況及び事故に際して採った処置の記録</p> <p>⑧ 運営推進会議の報告、評価、要望、助言等の記録</p> <p>※「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。</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| <p>37. 暴力団等の排除</p> <p>・事業所を運営する法人の役員及び管理者その他従業者は、暴力団員ではないか。また、事業の運営について、暴力団員の支配を受けてはいないか。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |

| 基準の概要                                                                                                                                                                | はい                       | いいえ                      | 該当なし                     | 確認事項 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------|
| V 雑則                                                                                                                                                                 |                          |                          |                          |      |
| <p>1. 電磁的記録等</p> <p>◇事業者及びサービスの提供に当たる者は、作成、保存その他これらに類するもののうち、この省令の規定において書面で行うことが規定されている又は想定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るが、電磁的記録を活用しているか。</p>             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| <p>☆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」及び厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守しているか。</p>                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| <p>◇事業者及びサービスの提供に当たる者は、交付、説明、同意、承諾、締結その他これらに類するもの（以下「交付等」という。）のうち、この省令の規定において書面で行うことが規定されている又は想定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るが、電磁的方法を活用しているか。</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| <p>☆交付等を電磁的方法による場合、事前に利用者等の承諾を得た上で、次に掲げる事項を遵守しているか。</p>                                                                                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| <p>☆（１）電磁的方法による交付は、地域密着指定基準第３条の７第２項から第６項までの規定に準じた方法によっているか。</p>                                                                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| <p>☆（２）電磁的方法による同意は、例えば電子メールにより利用者等が同意の意思表示をした場合等が考えられるが、「押印についてのＱ＆Ａ（令和２年６月１９日内閣府・法務省・経済産業省）」を参考に行っているか。</p>                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| <p>☆（３）電磁的方法による締結は、利用者等・事業者等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、電子署名を活用することが望ましいが、「押印についてのＱ＆Ａ（同上）」を参考に行っているか。</p>                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| <p>☆（４）その他、地域密着指定基準第１８３条第２項において電磁的方法によることができるとされているものは、（１）から（３）までに準じた方法によっているか。また、地域密着指定基準又は地域密着等基準通知の規定により電磁的方法の定めがあるものについては、当該定めに従っているか。</p>                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| <p>☆（５）電磁的方法による場合は、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」及び厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守しているか。</p>                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| VI 業務管理体制の整備                                                                                                                                                         |                          |                          |                          |      |

| 基準の概要                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | はい                       | いいえ                      | 該当なし                     | 確認事項   |           |            |            |            |  |           |           |  |  |             |      |            |            |            |  |           |           |  |  |             |                          |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------|-----------|------------|------------|------------|--|-----------|-----------|--|--|-------------|------|------------|------------|------------|--|-----------|-----------|--|--|-------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>1. 業務管理体制の届出<br/>事業所を設置する事業者ごとに、業務管理体制を整備し、法に定める届出先（市又は県、厚生労働省）に法令遵守責任者等、業務管理体制の届出をしていますか。</p> <p>＊事業所等の数によって届出の内容が異なります。<br/>事業所等の数は、指定事業所等の数を合算します。みなし事業所及び総合事業における介護予防・生活支援サービス事業は含みません。</p> <p>届出先について<br/>① ②～⑥以外の介護サービス事業者 都道府県知事<br/>② ③～⑥以外の介護サービス事業者であって、当該指定に係る事業所又は当該指定若しくは許可に係る施設が二以上の都道府県の区域に所在し、かつ、二以下の地方厚生局の管轄区域に所在するもの【事業者の主たる事務所の所在地の都道府県知事】<br/>③ ⑤以外の介護サービス事業者であって、当該指定に係る全ての事業所又は当該指定若しくは許可に係る全ての施設が一の指定都市の区域に所在するもの【指定都市の長】<br/>④ ⑤以外の介護サービス事業者であって、当該指定に係る全ての事業所又は当該指定若しくは許可に係る全ての施設が一の中核市の区域に所在するもの【中核市の長】<br/>⑤ 地域密着型サービス事業又は地域密着型介護予防サービス事業のみを行う介護サービス事業者であって、当該指定に係る全ての事業所が一の市町村の区域に所在するもの【市町村長】<br/>⑥ 当該指定に係る事業所又は当該指定若しくは許可に係る施設が三以上の地方厚生局の管轄区域に所在する介護サービス事業者【厚生労働大臣】</p> <p>業務管理体制の整備の内容<br/>以下の内容を届出しているか。</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>事業所等の数</th> <th>20 未満</th> <th>20～99</th> <th>100 以上</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3">業務管理体制の内容</td> <td>法令遵守責任者の選任</td> <td>法令遵守責任者の選任</td> <td>法令遵守責任者の選任</td> </tr> <tr> <td></td> <td>法令遵守規程の整備</td> <td>法令遵守規程の整備</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>業務執行状況の監査方法</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">届出事項</td> <td>法令遵守責任者の氏名</td> <td>法令遵守責任者の氏名</td> <td>法令遵守責任者の氏名</td> </tr> <tr> <td></td> <td>法令遵守規程の概要</td> <td>法令遵守規程の概要</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>業務執行状況の監査方法</td> </tr> </tbody> </table> | 事業所等の数                   | 20 未満                    | 20～99                    | 100 以上 | 業務管理体制の内容 | 法令遵守責任者の選任 | 法令遵守責任者の選任 | 法令遵守責任者の選任 |  | 法令遵守規程の整備 | 法令遵守規程の整備 |  |  | 業務執行状況の監査方法 | 届出事項 | 法令遵守責任者の氏名 | 法令遵守責任者の氏名 | 法令遵守責任者の氏名 |  | 法令遵守規程の概要 | 法令遵守規程の概要 |  |  | 業務執行状況の監査方法 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <p>届出年月日<br/>年 月 日</p> <p>届出先<br/> <input type="checkbox"/> 大津市<br/> <input type="checkbox"/> 滋賀県<br/> <input type="checkbox"/> 厚生労働省<br/> <input type="checkbox"/> その他<br/>           【                      】         </p> <p>法令遵守責任者<br/>職名<br/>【                      】<br/>氏名<br/>【                      】</p> |
| 事業所等の数                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 20 未満                    | 20～99                    | 100 以上                   |        |           |            |            |            |  |           |           |  |  |             |      |            |            |            |  |           |           |  |  |             |                          |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 業務管理体制の内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 法令遵守責任者の選任               | 法令遵守責任者の選任               | 法令遵守責任者の選任               |        |           |            |            |            |  |           |           |  |  |             |      |            |            |            |  |           |           |  |  |             |                          |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                          | 法令遵守規程の整備                | 法令遵守規程の整備                |        |           |            |            |            |  |           |           |  |  |             |      |            |            |            |  |           |           |  |  |             |                          |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                          |                          | 業務執行状況の監査方法              |        |           |            |            |            |  |           |           |  |  |             |      |            |            |            |  |           |           |  |  |             |                          |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 届出事項                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 法令遵守責任者の氏名               | 法令遵守責任者の氏名               | 法令遵守責任者の氏名               |        |           |            |            |            |  |           |           |  |  |             |      |            |            |            |  |           |           |  |  |             |                          |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                          | 法令遵守規程の概要                | 法令遵守規程の概要                |        |           |            |            |            |  |           |           |  |  |             |      |            |            |            |  |           |           |  |  |             |                          |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                          |                          | 業務執行状況の監査方法              |        |           |            |            |            |  |           |           |  |  |             |      |            |            |            |  |           |           |  |  |             |                          |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <p>法令遵守責任者（法令遵守のための体制の責任者）の選任をしているか。</p> <p>資格を求めるものではないが、少なくとも法及び法に基づく命令の内容に精通した法務担当の責任者を選任する。法務部門を設置していない事業者の場合には事業者内部の法令遵守を確保することができる者を選任する。<br/>なお代表取締役が法令遵守責任者となることを妨げない。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |        |           |            |            |            |  |           |           |  |  |             |      |            |            |            |  |           |           |  |  |             |                          |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |

