

## 自己点検シート(令和 年度)

サービス種別	通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション
--------	-----------------------------

記入年月日: 令和 年 月 日

■事業所番号、事業所の名称、連絡先等を記載してください。

法人名	
代表者職・氏名	印

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

# 自己点検シート（通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション）

点検した結果を記載して下さい。

点検項目	確認事項	根拠条文 （）は予防	点検結果		「不適」の場合の事由及び 改善方法（別紙可）
			適	不適	
<b>I 人員基準</b>					
従業者の員数	<p><b>【指定通所リハビリテーション事業所が診療所以外の場合】</b></p> <p>○医師 ・専任の常勤医師が1人以上勤務していますか。 ※なお、指定通所リハビリテーションを行う介護老人保健施設又は介護医療院であって、病院又は診療所（医師について介護老人保健施設又は介護医療院の人員基準を満たす余力がある場合に限る。）と併設されているものについては、当該病院又は診療所の常勤医師との兼務で差し支えない。</p> <p>○理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士又は看護師若しくは准看護師（以下「看護職員」という。）若しくは介護職員</p> <p>・指定通所リハビリテーションの単位ごとに、利用者の数が10人以下の場合は、その提供を行う時間帯（以下「提供時間」という。）を通じて専ら当該指定通所リハビリテーションの提供に当たる理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士又は看護職員若しくは介護職員の数が1以上確保されていますか。</p> <p>・利用者の数が10人を超える場合は、提供時間を通じて専ら当該指定通所リハビリテーションの提供に当たる理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士又は看護職員若しくは介護職員が、利用者の数を10で除した数以上確保されていますか。</p> <p>・また、そのうち専らリハビリテーションの提供に当たる理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、利用者が100又はその端数を増すごとに1以上確保されていますか。</p> <p>従業者1人が一日に行うことのできる通所リハビリテーションは2単位までとなっていますか。 （1時間から2時間までの通所リハビリテーションの場合は0.5単位として扱う。）</p> <p><b>【指定通所リハビリテーション事業所が診療所の場合】</b></p> <p>○医師</p> <p>・利用者の数が同時に10人を超える場合にあつては、専任の常勤医師が1人以上勤務していますか。</p> <p>・利用者の数が同時に10人以下の場合にあつては、専任の医師が1人勤務していますか。また、利用者数は、専任の医師1人に対し1日48人以内ですか。</p>	基準第111条 (第117条)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

点検項目	確認事項	根拠条文 ( )は予防	点検結果		「不適」の場合の事由及び改善方法（別紙可）
			適	不適	
	<p>○理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士又は看護職員若しくは介護職員</p> <p>・指定通所リハビリテーションの単位ごとに、利用者の数が10人以下の場合は、提供時間帯を通じて専ら当該指定通所リハビリテーションの提供に当たる理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士又は看護職員若しくは介護職員の数が1以上確保されていますか。</p> <p>・利用者の数が10人を超える場合は、提供時間帯を通じて専ら当該指定通所リハビリテーションの提供に当たる理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士又は看護職員若しくは介護職員が、利用者の数を10で除した数以上確保されていますか。</p> <p>・また、そのうち、専ら指定通所リハビリテーションの提供にあたる理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士又は通所リハビリテーション若しくはこれに類するサービスに1年以上従事した経験を有する看護師が、常勤換算方法で0.1以上確保されていますか。</p> <p>従業者1人が一日に行うことのできる通所リハビリテーションは2単位までとなっていますか。 (1時間から2時間までの通所リハビリテーションの場合は0.5単位として扱う。)</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

(注) 別紙「勤務表(前月1月分)」及び「利用者実績(前月1月分)」を作成し添付すること。ただし、当該各様式の内容を満たす既存の書類がある場合は、その写しの添付で可。

II 設備基準					
設備及び備品等	リハビリテーション専用の部屋等の面積は、3平方メートルに利用定員を乗じて得た面積以上となっていますか。	第112条 (第118条)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	消火設備その他の非常災害に際して必要な設備を備えていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	指定通所リハビリテーションの提供に必要な専用の機械及び器具を備えていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

III 運営基準					
内容及び手続きの説明及び同意	事業所の概要、重要事項(※)について記した文書を交付し、利用申込者又はその家族に対し説明を行い、利用申込者の同意を得ていますか。  ※ 運営規程の概要、勤務体制、その他事故発生時の対応等、利用者のサービス選択に資すると認められる事項	第8条準用 (第8条準用)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
提供拒否の禁止	正当な理由なくサービスの提供を拒んだことはありませんか。	第9条準用 (第9条準用)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
サービス提供困難時の対応	自ら適切なサービス提供が困難な場合、当該利用申込者に係る居宅介護支援事業者への連絡、適当な他の事業者等の紹介など必要な措置を速やかに取っていますか。	第10条準用 (第10条準用)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

点検項目	確認事項	根拠条文 ( )は予防	点検結果		「不適」の場合の事由及び 改善方法（別紙可）
			適	不適	
受給資格等の確認	被保険者証等の確認を行っていますか。被保険者証に認定審査会意見が記載されている場合には配慮して介護サービスを提供していますか。	第11条準用 (第11条準用)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
要介護認定の申請に係る援助	利用申込者が要介護認定を受けていない場合、既に要介護認定の申請をしているか確認していますか。	第12条準用 (第12条準用)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	利用者が要介護認定を申請していない場合、利用者の意思を踏まえて速やかに申請が行われるよう必要な援助を行っていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
心身の状況等の把握	サービス担当者会議等を通じて利用者の心身の状況、病歴等の把握に努めていますか。	第13条準用 (第13条準用)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
居宅介護支援事業者等との連携	指定通所リハビリテーションを提供するに当たっては、居宅介護支援事業者等との密接な連携に努めていますか。	第64条準用 (第67条準用)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	指定通所リハビリテーションの提供の終了に際して、 ・利用者又はその家族に対して適切な指導を行っていますか。 ・主治の医師及び居宅介護支援事業者に対する情報の提供を行っていますか。 ・保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
法定代理受領サービスの提供を受けるための援助	利用者に対して、法定代理受領サービスについて説明し、必要な援助を行っていますか。	第15条準用 (第15条準用)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
居宅サービス計画に沿ったサービスの提供	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ますか。	第16条準用 (第16条準用)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
居宅サービス計画等の変更の援助	利用者が居宅サービス計画の変更を希望する場合は、利用者に係る居宅介護支援事業者への連絡その他必要な援助を行っていますか。	第17条準用 (第17条準用)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
サービスの提供の記録	介護サービスを提供した際は、提供日、具体的なサービス内容、利用者の心身の状況等必要な事項を書面に記録していますか。	第19条準用 (第19条準用)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
利用料等の受領	法定代理受領サービスの場合、利用者から利用者負担分の支払を受けていますか。	第96条準用 (第100条準用)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	法定代理受領サービスである場合と、そうでない場合との間に不合理な差額を設けていませんか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

点検項目	確認事項	根拠条文 ( )は予防	点検結果		「不適」の場合の事由及び 改善方法（別紙可）
			適	不適	
	<p>下記のサービスの提供に当たっては、あらかじめ、利用者又はその家族に対し、当該サービスの内容及び費用について説明を行い、同意を得ていますか。</p> <p>イ 利用者の選定により通常の事業の実施地域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>ロ 通常要する時間を超えるサービス提供で、利用者の選定に係るものの提供に伴い必要となる費用の範囲内において、通常の指定通所リハビリテーションに係る居宅介護サービス費用基準額を超える費用</p> <p>ハ 食事の提供に要する費用</p> <p>ニ おむつ代</p> <p>ホ 指定通所リハビリテーションの提供において提供されるサービスのうち、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、利用者負担とすることが適当な費用</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
保険給付の請求のための証明書の交付	法定代理受領サービスに該当しない指定通所リハビリテーションに係る利用料の支払いを受けた場合は、サービス提供証明書を利用者に交付していますか。	第21条準用 (第21条準用)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
指定通所リハビリテーションの基本取扱方針	<p>指定通所リハビリテーションは、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、計画的に行われていますか。</p> <p>自らその提供するサービスの質の評価を行い、常にその改善を図っていますか。</p>	第113条 (第124条)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
指定通所リハビリテーションの具体的取扱方針	<p>指定通所リハビリテーションの提供に当たっては、医師の指示及び通所リハビリテーション計画に基づき、利用者の心身の機能の維持回復を図り、日常生活の自立に資するよう、妥当適切に行っていますか。</p> <p>サービスの提供にあたっては、懇切丁寧に行い、利用者又はその家族に対し、療養上必要な事項を理解しやすいように指導又は説明を行っていますか。</p> <p>利用者の病状、心身の状況及びその置かれた環境の的確な把握に努め、利用者に対して適切にサービスを行っていますか。</p> <p>リハビリテーション会議の開催により、リハビリテーションに関する専門的見地から利用者の状況等に関する情報を構成員と共有するよう努め、利用者に対し、適切なサービスを提供していますか。</p>	第114条 (第125条)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
通所リハビリテーション計画の作成	<p>医師及び理学療法士、作業療法士その他専ら指定通所リハビリテーションの提供に当たる通所リハビリテーション従業者は、診療又は運動機能検査、作業能力検査等を基に、共同して、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、具体的なサービスの内容等を記載した通所リハビリテーション計画を作成していますか。</p> <p>通所リハビリテーション計画は居宅サービス計画に沿った内容となっていますか。又必要に応じて変更していますか。</p> <p>通所リハビリテーション計画の内容について利用者又はその家族に説明を行い、利用者から同意を得ていますか。</p>	第115条 (第125条)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

点検項目	確認事項	根拠条文 ( )は予防	点検結果		「不適」の場合の事由及び 改善方法（別紙可）
			適	不適	
	通所リハビリテーション計画を利用者に交付して いますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	サービスの実施状況及びその評価を診療記録に記 載していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	指定通所リハビリテーション事業者が指定訪問リ ハビリテーション事業者の指定を併せて受け、か つ、リハビリテーション会議（医師が参加した場 合に限る。）の開催を通じて、利用者の病状、心 身の状況、希望及びその置かれている環境に関す る情報を構成員と共有し、訪問リハビリテーシ ョン及び通所リハビリテーションの目標及び当該目 標を踏まえたリハビリテーション提供内容につい て整合性のとれた通所リハビリテーション計画を 作成した場合については、第81条第1項から第4項 までに規定する運営に関する基準を満たすことを もって、第1項から第4項までに規定する基準を満 たしていることとみなすことができるが該当してい ますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	介護予防通所リハビリテーション計画に基づく サービスの提供の開始時から、少なくとも一月に 一回は、介護予防通所リハビリテーション計画に 係る利用者の状態、サービスの提供状況等につい て、介護予防支援事業者に報告していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	介護予防通所リハビリテーション計画に記載した サービスの提供期間が終了するまでに少なくとも 一回は、介護予防通所リハビリテーション計画の 実施状況の把握（モニタリング）を行っています か。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	医師等の従業者は、モニタリングの結果を記録 し、当該記録を当該サービスの提供に係る介護予 防サービス計画を作成した指定介護予防支援事業 者に報告していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
利用者に関する市町村への通知	利用者が以下の事項に該当する場合には遅滞なく市町村への通知を行っていますか。 ・ 正当な理由なしに、サービス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場合 ・ 偽りその他不正な行為により保険給付を受けた又は受けようとした場合	第26条準用 (第23条準用)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
緊急時等の対応	利用者の病状の急変など、緊急時には主治医への連絡など必要な措置を講じていますか。	第27条準用 (第24条準用)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
管理者等の責務	管理者を代行させる場合は、医師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士又は専ら指定通所リハビリテーションの提供に当たる看護師のうちから選任した者ですか。この場合、組織図等により、指揮命令系統が明確にされていますか。	第116条 (第119条)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
運営規程	以下の事項を運営規程に定めていますか。  □ 事業の目的及び運営の方針 □ 従業者の職種、員数及び職務内容 □ 営業日及び営業時間 □ 指定通所リハビリテーションの利用定員 □ 指定通所リハビリテーションの内容及び利用料その他の費用の額 □ 通常の事業の実施地域 □ サービス利用に当たっての留意事項 □ 非常災害対策 □ その他運営に関する重要事項	第117条 (第120条)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
勤務体制の確保等	利用者に対し、適切なサービスを提供できるよう事業所ごとに勤務の体制（日々の勤務時間、職務内容、常勤・非常勤の別等）を定めていますか。	第101条準用 (第102条準用)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

点検項目	確認事項	根拠条文 ( ) は予防	点検結果		「不適」の場合の事由及び 改善方法（別紙可）
			適	不適	
	当該事業所の従業者等によってサービスを提供していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	従業者に対して研修の機会を確保していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
定員の遵守	利用定員を超えて指定通所リハビリテーションの提供を行っていませんか。	第102条準用 (第103条準用)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
非常災害対策	非常災害に関する具体的計画を立て関係機関等の連携体制等の整備を行っていますか。また非常災害に備えるため、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行っていますか。	第103条準用 (第104条準用)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
衛生管理等	利用者の使用する施設、食器その他の設備・飲料水について、衛生的な管理に努め又は衛生上必要な措置を講ずるとともに、医薬品及び医療機器の管理を適正にしていますか。	第118条 (第121条)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	食中毒およ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、密接な連携を図っていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	インフルエンザ、腸管出血性大腸菌群、レジオネラ症等の対策について、その発生及びまん延を防止するための適切な措置を講じていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
掲示	運営規程や勤務体制表等、その他重要事項を事業所内に掲示していますか。	第32条準用 (第30条準用)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
秘密保持等	正当な理由なく、業務上知り得た利用者またはその家族の秘密を漏らすことのないよう必要な措置を講じていますか。	第33条準用 (第31条準用)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	サービス担当者会議等において利用者若しくはその家族の個人情報を用いる場合の同意を書面により得ていますか。（サービス提供開始時における包括的な同意で可）		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
居宅介護支援事業者に対する利益供与の禁止	居宅介護支援事業者又はその従業者に対して、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への対償として、金品その他の財産上の利益を供与していませんか。	第35条準用 (第33条準用)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
苦情処理	利用者及びその家族からの苦情を受け付けるための仕組みを設けていますか。また苦情に関する市町村・国保連等の調査に協力し、指導助言に従って必要な改善を行っていますか。	第36条準用 (第34条準用)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<p>苦情件数 : 月 件程度</p> <p>苦情相談窓口の設置 : 有 ・ 無</p> <p>相談窓口担当者 :</p>				
	苦情相談等の内容を記録・保存していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
地域との連携	事業の運営に当たっては、提供した指定通所リハビリテーション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市町村が実施する事業に協力するよう努めていますか。	第36条の2準用 (第34条の2準用)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

点検項目	確認事項	根拠条文 ( )は予防	点検結果		「不適」の場合の事由及び 改善方法（別紙可）
			適	不適	
事故発生時の 対応	事故が発生した場合は、市町村、当該利用者の家族、当該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ますか。また、事故の状況や処置について記録していますか。  →事故事例の有無： 有 ・ 無	第37条準用 (第35条準用)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	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なっていますか。  →損害賠償保険への加入： 有 ・ 無		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	事故が生じた際には、原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
会計の区分	他の事業との会計を区分していますか。	第38条準用 (第36条準用)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
記録の整備	従業者、設備、備品及び会計に関する諸記録を整備していますか。	第118条の2 (第122条)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	介護サービスの提供に関する記録（通所リハビリテーション計画、サービス実施記録等）を整備・保存していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

※基準

「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準」（平成11年厚生省令第37号。）

「指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準」（平成18年厚生労働省令第35号。）



<別紙:勤務実績表>

(令和 年 月分) サービス種類( )  
事業所・施設名( )

職 種	勤務 形態	氏 名	資 格 *	勤務時間数																															合計	
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		

- 備考 1 \* 欄には、当該月の曜日を記入してください。
- 2 当該事業所の従業員全員（管理者を含む。）について、勤務した時間数を記入してください。
- 3 職種ごとに下記の勤務形態の区分の順にまとめて記載してください。
- 勤務形態の区分 A:常勤で専従 B:常勤で兼務 C:常勤以外で専従 D:常勤以外で兼務**
- 4 サービス提供が単位（共同生活住居）ごとに行われるサービス種類の場合は、各単位（各共同生活住居）ごとに区分して記入してください。
- 5 既存の書類がある場合、当該書類の写しの提出で可。（ただし、上記記載内容をみたまない場合は、手書き等により追記すること。）

<別紙:利用者実績表>

事業所名	
------	--

1. 実利用者数 (前月ひと月分)

	令和 年 月
要 支 援 1	
要 支 援 2	
要 介 護 1	
要 介 護 2	
要 介 護 3	
要 介 護 4	
要 介 護 5	
計	

(単位:人)

※内容を満たす既存の書類がある場合は、その写しを添付で可