青森市指定障害児通所支援事業者　実地指導事前調書

青森市　R5.5.22改定

【指定児童発達支援・指定医療型児童発達支援・指定放課後等デイサービス・

指定居宅訪問型児童発達支援・指定保育所等訪問支援】

|  |  |
| --- | --- |
|  | （自主点検表作成日：　令和　　　年　　　月　　　日　） |
| 事業者名（法人等） |  | 事業所名 |  |
| 指定サービス種類 | 指定児童発達支援　／　指定医療型児童発達支援　／　指定放課後等デイサービス　／　指定居宅訪問型児童発達支援　／　指定保育所等訪問支援　　※該当箇所に ”○“  |
| 記入者・担当者 | （ 職名 ） |  | （ 氏名 ） |  |
| E-mailアドレス |  |
| 連絡先電話番号 |  |
| ※市担当者記入欄 | 実地指導実施日：　令和　　　年　　　月　　　日　 |

１　開設者・事業所の概要

※添付書類

事前調書には、次の資料を添付して提出してください。

①　運営規程

②　重要事項説明書

③　契約書様式

④　事業所の平面図

⑤　パンフレット

令和　　年　　月　　日現在

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 開設者の概要 | 法人等の名称 |  |
| 主たる事務所の所在地 | 〒　　　－ |
| 代表者名 |  |
| 事業所の概要 | 事業の種別 | 指定児童発達支援（センター除く） | 指定児童発達支援センター | 指定医療型児童発達支援 | 指定放課後等デイサービス | 指定居宅訪問型児童発達支援 | 指定保育所等訪問支援 |
| 名称 |  |  |  |  |  |  |
| 所在地 | 〒　　　－ |
| 指定年月日 |  |  |  |  |  |  |
| 定員 |  |  |  |  | **－** | **－** |
| 営業時間(開所時間) |  |  |  |  |  |  |
| 主たる対象者 | 特定無し特定有り（　　　） | 特定無し特定有り（　　　） | 特定無し特定有り（　　　） | 特定無し特定有り（　　　） | 特定無し特定有り（　　　） | 特定無し特定有り（　　　） |
| 他に指定を受けている事業（障害福祉サービス、介護保険サービス等） |  |

　※　実地指導の実施年月の前月初日現在の概要を記載してください。

２　利用者の状況

（単位：人、日）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 年度 | 月 | 児童発達支援（センター含む） | 医療型児童発達支援 | 放課後等デイサービス | 居宅訪問型児童発達支援 | 保育所等訪問支援 |
| 契約者数 | 延べ利用者数 | 欠席時対応 | 開所日数 | 定員 | 契約者数 | 延べ利用者数 | 欠席時対応 | 開所日数 | 定員 | 契約者数 | 延べ利用者数 | 欠席時対応 | 開所日数 | 定員 | 契約者数 | 延べ利用者数 | 契約者数 | 延べ利用者数 |
| 前年度 | ４ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ５ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ６ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ７ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ８ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ９ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| １ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ２ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ３ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 計 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 今年度 | ４ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ５ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ６ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ７ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ８ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ９ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| １ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ２ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ３ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 計 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

　※　「契約者数」は当該事業所の各月初日現在の利用契約者数を記載してください。

　　　「延べ利用者数」は、一日の利用者数の月計を記載してください。

３　従業者の状況

（１）従業者の勤務状況等（直近月：　　　　年　　月分）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 職　　種 | 氏　　名 | 常勤・非常勤の別 | 専従・兼務の別 | 資　　格 | 研修受講状況 | 兼務先事業所・施設名及びその職種 | 備考 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

※１　当該事業所に従事する全従業者について、管理者、児童発達支援管理責任者、医師、看護職員、児童指導員、保育士、理学療法士、作業療法士、機能訓練担当職員、訪問支援員、栄養士、調理員、その他の職員の順に記載してください。

２　「資格」は、国家資格等の他、大学で心理学を専修する学科等を卒業した場合又は国立障害者リハビリテーションセンター視覚障害学科の教科を履修した場合は、その旨を記載してください。

３　「常勤・非常勤の別」は、他事業所・施設と兼務している場合は兼務先事業所等における勤務時間も含めた状況を記載してください。

４　「専従・兼任の別」は、当該事業所にのみ従事する場合は「専従」、当該事業所のほか他事業所・施設（指定通所支援以外のサービスとの多機能型事業所の場合、併設している他サービス事業所も他事業所とする）に従事する場合は「兼務」としてください。

５　「研修受講状況」は、給付費・加算の算定要件となっている研修の受講状況について記載してください。

６　法人理事・役員を務めている場合は、「兼務先事業所・施設名及びその職種」にその役職を記載してください。

７　指定通所支援以外のサービスとの多機能型事業所の場合、備考に従事している事業所のサービスの種別を記載してください。

８　足りない場合は、複写して記載してください。

（２）従業者の勤務実績（直近月：　　　　年　　月分）　※別紙での提出可

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 職　種 | 氏　名 | 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 | 合計勤務時間数 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 当日の利用者数 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| １週間に当該事業所における常勤職員が勤務すべき時間 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　時間 |

※１　当該事業所に従事する全従業者について、管理者、児童発達支援管理責任者、医師、看護職員、児童指導員、保育士、理学療法士、作業療法士、機能訓練担当職員、訪問支援員、栄養士、調理員、その他の職員の順に記載してください。

また、一従業者が複数の職種を兼務する場合は、各々の職種ごとに記載し、時間も区分して計上してください。

（管理者が兼務する場合は、職種を「管理者兼○○」とし、時間も区分する必要はありません。）

２　当該月の１日の勤務時間数を記載してください。

３　足りない場合は、複写して記載してください。

４　障害児通所給付費等の請求状況

（１）各事業別の請求状況（直近月：　　　　年　　月分）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| サービス種別 | 利用契約者数 | 延べ提供回数 | 障害児通所給付費等請求額（加算を含む） | 自己負担額 |
| 児童発達支援（センター含む） | 　人 | 　回 | 　円 | 　円 |
| 医療型児童発達支援 | 　人 | 　回 | 　円 | 　円 |
| 放課後等デイサービス | 　人 | 　回 | 　円 | 　円 |
| 訪問型児童発達支援 | 　人 | 　回 | 　円 | 　円 |
| 保育所等訪問支援 | 　人 | 　回 | 　円 | 　円 |

（２）加算の適用（昨年度以降）（対象となるものに○）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 訪問支援員特別加算（居発、保訪） |  | 専門的支援加算（児発、児セ、放デ） |  | 児童指導員等加配加算（児発、児セ、放デ） |
|  | 看護職員加配加算（児発、児セ、放デ） |  | 福祉専門職員配置等加算（児発、児セ、医発、放デ） |  | 栄養士配置加算（児セ） |
|  | 保育職員加配加算（医発） |  | 初回加算（保訪） |  | 特別地域加算（居発、保訪） |
|  | 人工内耳装用児支援加算（児セ） |  | 家庭連携加算（児発、児セ、医発、放デ、保訪） |  | 事業所内相談支援加算（児発、児セ、医発、放デ） |
|  | 通所施設移行支援加算（居発） |  | 食事提供加算（児セ、医発） |  | 利用者負担上限額管理加算 |
|  | 欠席時対応加算（児発、児セ、医発、放デ） |  | 特別支援加算（児発、児セ、医発、放デ） |  | 強度行動障害児支援加算（児発、児セ、放デ） |
|  | 個別サポート加算（児発、児セ、医発、放デ） |  | 医療連携体制加算（児発、児セ、放デ） |  | 送迎加算（児発、児セ、医発、放デ） |
|  | 延長支援加算（児発、児セ、医発、放デ） |  | 関係機関連携加算（児発、児セ、医発、放デ） |  | 保育・教育等移行支援加算（児発、児セ、医発、放デ） |
|  | 福祉･介護職員処遇改善加算 |  | 福祉･介護職員等特定処遇改善加算 |  | 福祉･介護職員等ベースアップ等支援加算 |

（３）減算の適用（昨年度以降）（対象となるものに○）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 定員超過利用減算（児発、児セ、医発、放デ） |  | サービス提供職員欠如減算（児発、放デ） |  | 児童発達支援管理責任者欠如減算（児発、放デ、居発、保訪） |
|  | 通所支援計画未作成減算 |  | 自己評価結果等未公表減算（児発、児セ、放デ） |  | 開所時間減算（児発、児セ、医発、放デ） |
|  | 身体拘束廃止未実施減算 |  | 一人の訪問支援員が同一日に同一場所で複数の障害児に支援した場合（保訪） |  | 地方公共団体が設置する場合（児セ、医発） |

※（児発）：児童発達支援（センター除く）、（児セ）：児童発達支援センター、（医発）：医療型児童発達支援、（放デ）：放課後等デイサービス、

（居発）：居宅訪問型児童発達支援、（保訪）：保育所等訪問支援

５　各種委員会の設置、方針等の整備、取組状況について

（１）職場におけるハラスメント防止のための方針等

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 方針の整備状況 | □整備済み　　　□未整備 | 相談窓口の担当部署・担当者等 |  |
| 従業者への周知~~等~~の状況 | □就業規則等へ記載　　　□社内報、パンフレット等の資料へ掲載　　　　□研修等の実施□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

（２）業務継続計画の策定　　（令和6年3月31日までは努力義務）

　①災害に係る業務継続計画

|  |  |
| --- | --- |
| 計画の策定状況 | □策定済み　　□策定予定(　　年　　月頃)　　□未定 |
| 研修・訓練の実施状況(それぞれ直近の２回) | 区　分 | 研　修　　　※年１回以上実施 | 訓　練　　　※年１回以上実施 |
| 実施日 | 　　　　年　　月　　日　　 | 　　　　年　　月　　日　　 | 　　　　年　　月　　日　　 | 　　　　年　　月　　日　　 |
| 対象者 |  |  |  |  |
| 内容等 |  |  |  |  |

　②感染症に係る業務継続計画

|  |  |
| --- | --- |
| 計画の策定状況 | □策定済み　　□策定予定(　　年　　月頃)　　□未定 |
| 研修・訓練の実施状況(それぞれ直近の２回) | 区　分 | 研　修　　　※年１回以上実施 | 訓　練　　　※年１回以上実施 |
| 実施日 | 　　　　年　　月　　日　　 | 　　　　年　　月　　日　　 | 　　　　年　　月　　日　　 | 　　　　年　　月　　日　　 |
| 対象者 |  |  |  |  |
| 内容等 |  |  |  |  |

（３）感染対策委員会　　（令和6年3月31日までは努力義務）

|  |  |
| --- | --- |
| 委員会の設置 | □設置済み（名称：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　□設置予定(　　年　　月頃)　　　□未定 |
| 指針等の整備状況 | □整備済み　　　□整備予定(　　年　　月頃)　　　□未定 |
| 委員会の開催状況(直近の４回)※３月に１回以上開催 | 開催日 | 　　　年　　月　　日　　 | 　　　年　　月　　日　　 | 　　　年　　月　　日　　 | 　　　年　　月　　日　　 |
| 研修・訓練の実施状況(それぞれ直近の２回) | 区　分 | 研　修　　　※年２回以上実施 | 訓　練　　　※年２回以上実施 |
| 実施日 | 　　　年　　月　　日　　 | 　　　年　　月　　日　　 | 　　　年　　月　　日　　 | 　　　年　　月　　日　　 |
| 対象者 |  |  |  |  |
| 内容等 |  |  |  |  |

（４）身体拘束適正化検討委員会

|  |  |
| --- | --- |
| 委員会の設置 | □設置済み（名称：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　□未設置 |
| 指針等の整備状況 | □整備済み　　　□未整備 |
| 委員会の開催状況(直近の３回)※年１回以上開催 | 開催日 | 　　　　年　　月　　日　　 | 　　　　年　　月　　日　　 | 　　　　年　　月　　日　　 |
| 研修の実施状況(直近の３回)※年１回以上実施※内部･外部を問いません｡ | 実施日 | 　　　　年　　月　　日　　 | 　　　　年　　月　　日　　 | 　　　　年　　月　　日　　 |
| 対象者 |  |  |  |
| 内容等 |  |  |  |

（５）虐待防止委員会

|  |  |
| --- | --- |
| 委員会の設置 | □設置済み（名称：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　□未設置 |
| 虐待防止担当者　職・氏名 |  | 指針等の整備状況 | □整備済み　　　□未整備　 |
| 委員会の開催状況(直近の３回) ※年１回以上開催 | 開催日 | 　　　　年　　月　　日　　 | 　　　　年　　月　　日　　 | 　　　　年　　月　　日　　 |
| 研修の実施状況(直近の３回)※年１回以上実施※内部･外部を問いません｡ | 実施日 | 　　　　年　　月　　日　　 | 　　　　年　　月　　日　　 | 　　　　年　　月　　日　　 |
| 対象者 |  |  |  |
| 内容等 |  |  |  |
| 職員セルフチェックリストの実施状況 | 今年度 | □実施済（実施月：　　　　　　　）　　　□実施予定（予定月：　　　　　　　）　　　□未定 |
| 昨年度 | □実施済（実施月：　　　　　　　）　　　□未実施 |
| 実施内容 | □セルフチェックのみ実施（従業者の支援の振り返り）　　　□集計、分析を実施□従業者への公表、会議等での検討等　　　　　　　　　　　□従業者への指導、面談等の実施□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

６　苦情処理、事故発生時の対応等

（１）苦情処理の状況

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 相談窓口の設置 | □設置済み（担当部署・担当者等：　　　　　　　　　　　　　　）　□未設置 | マニュアル等の整備状況 | □整備済み　□未整備 |
| 苦情受付事例 | 受付日 | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 |
| 内容 |  |  |  |
| 具体的な対応 |  |  |  |

（２）緊急時・事故発生時の対応状況

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| マニュアル等の整備状況 | □整備済み　□未整備 | 損害賠償保険への加入状況 | □加入済み　□未加入 |
| 事故発生事例 | 発生日 | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 |
| 内容 |  |  |  |
| 具体的な対応 |  |  |  |

７　非常災害対策

|  |  |
| --- | --- |
| 非常災害に関する具体的計画（火災のほか地震・風水害・土砂災害等の自然災害も含む）の整備状況 | □整備済み　　　□未整備 |
| 避難訓練実施状況 | 実施日 | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 |
| 災害の種別 |  |  |  |
| 参加者 |  |  |  |

８　安全計画の策定等

（１）安全計画　　（令和6年3月31日までは経過措置期間）

|  |  |
| --- | --- |
| 計画の策定状況 | □策定済み　　　□策定予定(　　　年　　　月頃)　　　□未定（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 従業者への周知等 | □実施済み（実施月：　　　月）　　　□実施予定（予定月：　　　月）　　　□未定 |
| 研修・訓練等の実施状況 | 区　分 | 研修・訓練 | 研修・訓練 | 研修・訓練 | 研修・訓練 |
| 実施日 | 　　　　年　　月　　日　　 | 　　　　年　　月　　日　　 | 　　　　年　　月　　日　　 | 　　　　年　　月　　日　　 |
| 対象者 |  |  |  |  |
| 内容等 |  |  |  |  |
| 利用者への安全指導等の実施状況 | □実施済み（実施日：　　　年　　月　　日）　　　□実施予定（予定月：　　　月）　　　□未定 |
| 保護者への取組内容等の周知等 | □実施済み（実施月：　　　月）　　　□実施予定（予定月：　　　月）　　　□未定 |

（２）送迎車両の安全装置等の整備状況　　（令和6年3月31日までは経過措置期間）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 送迎車両総数 | 　　　　　　　　　台 | うち安全装置整備対象車両 | 　　　　　　　　　台 |
| 安全装置設置状況 | □設置済み（　　　年　　　月完了）　　　□設置予定（　　　年　　　月完了予定）　　　□未定　　　□対象車両なし |
| 安全装置設置完了までの代替措置の内容 |  |

９　業務管理体制の整備状況について

（１）届出状況

|  |  |
| --- | --- |
| 届出先 | □厚生労働省　　□青森県　　□青森市 |
| 根拠法令 | 障害者総合支援法　□第51条の2（指定障害福祉サービス、指定障害者支援施設）　□第51条の31（指定一般相談支援、指定特定相談支援）児童福祉法　　　　□第21条の5の26（指定障害児通所支援） 　　　　　　　　　□第24条の38（指定障害児相談支援） |
| 届出事項 | 事業所等の数 | 20未満 | 20以上100未満 | 100以上 |
| 法令遵守責任者　職氏名 |  |  |  |
| 法令順守規程の整備 |  | □整備済み　　□未整備 | □整備済み　　□未整備 |
| 業務執行状況の定期的な監査 |  |  | □実施済み　　□未実施 |

（２）一般検査の確認事項（実地指導と併せて、業務管理体制の一般検査を行う事業所のみ）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １　法令等遵守の重要性について、全役職員に周知しているか。 | □　はい（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | □　いいえ |
| ２　法令遵守責任者の役割を定めているか。 | □　はい（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | □　いいえ |
| ３　サービスの提供や介護給付費等の請求が適正に行われていることを確認する体制が整備されているか。 | □　はい（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | □　いいえ |
| ４　法令改正等に係る情報の収集を行っているか。また、収集した情報を役職員へ周知・共有しているか。 | □　はい（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | □　いいえ |
| ５　法令や規程等に違反する行為、またはその可能性が確認された場合の対応方法を定めているか。 | □　はい（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | □　いいえ |
| ６　役職員に対し、法令等遵守に係る研修等を行っているか。 | □　はい（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | □　いいえ |
| ７　その他、法令等遵守のために取り組んでいることはあるか。 | □　はい（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | □　いいえ |

※　（　）内には、具体的な取り組み内容を記載してください。