

通所介護(第1号通所事業) 自主点検表

記入年月日	令和 年 月 日	(令和4年度版)		
法人名				
介護保険事業所番号	通所介護・通所介護相当サービス・通所型サービスA			
事業所名称				
記入担当者	(職種)	(氏名)	連絡先 電話番号	- - -

自主点検表記載に当たっての留意事項

- 該当するものにチェックをしてください。(記載例: , など)
- 各項目の内容を満たしているものについては「適」、そうでないものは「不適」、該当しないものは「非該当」にチェックをしてください。
- 内容欄に含まれる□や()内等の記入すべき箇所については、できる限り具体的にチェック(, など)をし、詳細を記入してください。

第1 基本方針

項目	内容	適	不適	非該当
1 基本方針 【通所介護】	(1) 指定居宅サービスに該当する通所介護の事業は、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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
【相当サービス】	(2) 指定通所介護相当サービスの事業は、その利用者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことができるよう、必要な日常生活上の支援及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
【サービスA】	(3) 指定通所型サービスAの事業は、その利用者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことができるよう、必要な日常生活上の支援及び運動・レクリエーション等を行うことにより、利用者の心身機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指すものとなっているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

第2 人員に関する基準

項目	内容	適	不適	非該当
1. 通所介護従業者 生活相談員 【介護・相当】	(1) 指定通所介護の提供日ごとに、当該指定通所介護を提供している時間帯に生活相談員(専ら当該指定通所介護の提供に当たる者に限る。)が勤務している時間数の合計数を当該指定通所介護を提供している時間帯の時間数で除して得た数が1以上確保されるために必要と認められる数となっているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 資格は適正であるか。 (社会福祉士、社会福祉主事、精神保健福祉士、介護福祉士、介護支援専門員、その他社会福祉法第19条第1項各号のいずれかに該当する者又はこれらと同等以上の能力を有すると認められる者)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
看護職員 【介護・相当】	(1) 指定通所介護の単位ごとに、専ら当該指定通所介護の提供に当たる看護職員が1以上確保されるために必要と認められる数が確保されているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 資格は適正であるか(看護師、准看護師)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 看護職員について、指定通所介護事業所の従業者により確保する場合、提供時間帯を通じて、専ら当該指定通所介護の提供に当たる必要はないが、当該看護職員は提供時間帯を通じて、指定通所介護事業所と密接かつ適切な連携を図っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項目	内 容	適	不適	非該当
	(4) 看護職員について、病院、診療所、訪問看護ステーションとの連携により確保する場合、看護職員が指定通所介護事業所の営業日ごとに利用者の健康状態の確認を行い、病院、診療所、訪問看護ステーションと指定通所介護事業所が提供時間帯を通じて密接かつ適切な連携を図っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) (3)(4)における「密接かつ適切な連携」とは、指定通所介護事業所へ駆けつけることができる体制や適切な指示ができる連絡体制などを確保することであるが、実際に行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
介護職員 【介護・相当】	(1) 指定通所介護の単位ごとに、当該指定通所介護を提供している時間帯に専ら当該通所介護の提供に当たる介護職員を下記の通り配置しているか。			
	＜利用者数15人までの場合＞ 1以上の介護職員を配置しているか。 ※単位ごとに確保すべき勤務延時間数＝平均提供時間数	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	＜利用者数16人以上の場合＞ 15人を超える部分の数を5で除して得た数に1を加えた数以上の介護職員を配置しているか。 ※単位ごとに確保すべき勤務延時間数 ＝（利用者数-15）÷5+1）×平均提供時間数	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 事業者は、指定通所介護の単位ごとに、介護職員を、常時1人以上当該指定通所介護に従事させているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) (1)の規定にかかわらず、介護職員は、利用者の処遇に支障がない場合は、他の指定通所介護の単位の介護職員として従事することができる。そのような事例はあるか。（有・無）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
機能訓練指導員 【介護・相当】	(1) 1以上配置されているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 機能訓練指導員は、日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練を行う能力を有する者とし、当該事業所の他の職務に従事することができる。そのような事例はあるか。（有・無）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 資格は適正であるか。 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師 <input type="checkbox"/> 柔道整復師 <input type="checkbox"/> あん摩マッサージ指圧師 <input type="checkbox"/> はり師又はきゅう師の資格を有する者（はり師及びきゅう師については、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師の資格を有する機能訓練指導員を配置した事業所で6月以上機能訓練指導に従事した経験を有する者に限る。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他【介護・相当】	(1) 指定通所介護の単位は、指定通所介護であってその提供が同時に1又は複数の利用者に対して一体的に行われているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 生活相談員又は介護職員のうち1人以上は常勤であるか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 人員に関する基準のみなし規定	指定通所介護事業者が指定通所介護相当サービス事業者の指定を併せて受け、かつ、指定通所介護の事業と指定通所介護相当サービスの事業とが同一の事業所において一体的に運営されているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 管理者 【介護・相当・サービスA】	(1) 事業者は、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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 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、又は同一敷地内にある他の事業所、施設等の職務に従事することができる。そのような事例はあるか。（ ）と兼務	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 通所型サービスAに係る人員	(1) 指定通所型サービスA事業者が、指定通所型サービスA事業所ごとにおくべき通所型従事者の員数は、指定通所型サービスAの単位ごとに、利用者の数が15人までの場合にあっては提供時間を通して常時1人以上、15人を超える場合にあっては提供時間を通して常時1人以上に必要と認められる数を加えた数の通所型従事者を置いているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 指定通所型サービスAの単位は、指定通所型サービスAであってその提供が同時に1又は複数の利用者に対して一体的に行われているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項目	内 容	適	不適	非該当
第3 設備に関する基準				
項目	内 容	適	不適	非該当
1 設備、備品等	(1) 用途の変更により必要な設備基準を満たさなくなっている場合、実態に即した平面図を作成のうえ、当市へ変更届を提出しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 事業所は、食堂、機能訓練室、静養室、相談室及び事務室を有するほか、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通所介護の提供に必要なその他の設備及び備品等を備えているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 事業所は、指定通所型サービスAの事業を提供するために必要な場所を有するほか、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通所型サービスA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"/>
	(4) 食堂及び機能訓練室について <input type="checkbox"/> ① 食堂及び機能訓練室は、それぞれ必要な広さを有するものとし、その合計した面積は、3平方メートルに当該指定通所介護事業所の利用定員(当該指定通所介護事業所において同時に指定通所介護の提供を受けることができる利用者の数の上限をいう。)を乗じて得た面積以上となっているか。 <input type="checkbox"/> ② ①にかかわらず、食堂及び機能訓練室は、食事の提供の際にはその提供に支障がない広さを確保でき、かつ、機能訓練を行う際にはその実施に支障がない広さを確保できる場合にあっては、同一の場所とすることができる。そのような事例はあるか。(有・無)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 指定通所型サービスAの事業を提供するために必要な場所の基準は、運動・レクリエーション等の実施が可能な場所で3平方メートルに利用定員を乗じて得た面積以上としているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) 相談室は、遮へい物の設置等により相談の内容が漏えいしないよう配慮されているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(7) (2)(3)に規定する設備は、専ら当該指定通所介護の事業の用に供するものとなっているか。ただし、利用者に対する指定通所介護の提供に支障がない場合は、この限りでない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(8) 利用者にかかる各種記録類等を保管するものにあつては、個人情報の漏洩防止の観点から配慮されたものであるか。(扉がガラスでないもの、施錠可能なもの等が望ましい)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(9) 事故の未然防止(誤飲防止)の観点から、画鋲やマグネット等を使用していないか。また、浴室・トイレ内に使い捨て手袋、洗剤等を放置していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(10) 静養室、トイレ、浴室等にナースコール又はこれに代わる設備は設置されているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 指定通所介護事業所の設備を利用し、夜間及び深夜に指定通所介護以外のサービスを提供する場合	事業者が設備を利用し、夜間及び深夜に指定通所介護以外のサービス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の開始前に当該指定通所介護事業者に係る指定を行った市長に届け出ているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 設備に関する基準のみなし規定	指定通所介護事業者が指定通所介護相当サービス事業者の指定を併せて受け、かつ、指定通所介護の事業と指定通所介護相当サービスの事業とが同一の事業所において一体的に運営されている場合については、設備の基準を満たしているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

第4 運営に関する基準

項目	内 容	適	不適	非該当
1 内容及び手続の説明及び同意	(1) 事業者は、指定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、通所介護従業者の勤務の体制その他の利用申込者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を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"/>

項目	内容	適	不適	非該当
	<p>(2) 重要事項説明書には、次の事項が記載されているか。</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 運営規程の概要(「20 運営規程」参照) <input type="checkbox"/> 通所介護従業者の勤務体制 <input type="checkbox"/> 事故発生時の対応 <input type="checkbox"/> 苦情処理の体制 <input type="checkbox"/> 提供するサービスの第三者評価の実施状況 (<input type="checkbox"/> 実施の有無 <input type="checkbox"/> 実施した直近の年月日 <input type="checkbox"/> 実施した評価機関の名称 <input type="checkbox"/> 評価結果の開示状況) <input type="checkbox"/> その他運営に関する重要事項 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 身体的拘束等の原則禁止 <input type="checkbox"/> 虐待防止に関する事項 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 提供拒否の禁止	事業者は、正当な理由なく指定通所介護の提供を拒んではいないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 サービス提供困難時の対応	事業者は、当該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指定通所介護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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 受給資格等の確認	<p>(1) 事業者は、指定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> <p>(2) 事業者は、指定通所介護相当サービス(通所型サービスA)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、要支援認定の有無又は基本チェックリスト(厚生労働省作成)で事業対象者と判断される者の有無及び要支援認定の有効期間を確かめているか。</p> <p>(3) 事業者は、(1)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"/>
5 要介護認定の申請に係る援助	<p>(1) 事業者は、指定通所介護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> <p>(2) 事業者は、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"/>
6 心身の状況等の把握	事業者は、指定通所介護の提供に当たっては、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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 居宅介護支援事業者等との連携	<p>(1) 事業者は、指定通所介護を提供するに当たっては、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> <p>(2) 事業者は、指定通所介護の提供の終了に際しては、利用者又はその家族に対して適切な指導を行うとともに、当該利用者に係る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"/>
8 法定代理受領サービスの提供を受けるための援助	事業者は、指定通所介護の提供の開始に際し、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に対して届け出ること等により、指定通所介護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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 居宅サービス計画に沿ったサービスの提供	事業者は、居宅サービス計画が作成されている場合は、当該計画に沿った指定通所介護を提供しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 居宅サービス計画等の変更の援助	事業者は、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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項目	内 容	適	不適	非該当
11 サービスの提供の記録	(1) 事業者は、指定通所介護を提供した際には、当該指定通所介護の提供日及び内容、当該指定通所介護について利用者に代わって支払を受ける居宅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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 事業者は、指定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(送迎の記録等)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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 利用料等の受領	(1) 事業者は、法定代理受領サービスに該当する指定通所介護を提供した際には、その利用者から利用料の一部として、当該指定通所介護に係る居宅介護サービス費用基準額から当該指定通所介護事業者に支払われる居宅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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 事業者は、法定代理受領サービスに該当しない指定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、指定通所介護に係る居宅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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 事業者は、(1)/(2)の支払を受ける額のほか、次に掲げる費用の額の支払を利用者から受けているか。 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 指定通所介護に通常要する時間を超える指定通所介護であって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、通常の指定通所介護に係る居宅介護サービス費用基準額を超える費用 <input type="checkbox"/> 食事の提供に要する費用 <input type="checkbox"/> おむつ代 <input type="checkbox"/> そのほか、指定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、その利用者負担に相当する額を超過する費用	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 食事の提供に要する費用については、食材料費及び調理に係る費用に相当する額を基本としているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 事業者は、(3)の費用の額に係るサービスの提供に当たっては、あらかじめ、利用者又はその家族に対し、当該サービス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"/>
	(領収証の発行)	(1) 利用料等の支払を受ける際、利用者に対し領収証を交付しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 領収証には、医療費控除の対象となる額を明示して記載しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 保険給付の請求のための証明書の交付	事業者は、法定代理受領サービスに該当しない指定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"/>
14 指定通所介護の基本取扱方針	指定通所介護は、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、その目標を設定し、計画的に行われているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 指定通所介護の具体的取扱方針	指定通所介護の提供に当たっては、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"/>
	(2) 通所介護従業者は、指定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"/>
	(3) 指定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の提供を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 指定通所介護は、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"/>
	(5) 特に、認知症である要介護者に対しては、必要に応じ、その特性に対応したサービスの提供ができる体制を整えているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項目	内 容	適	不適	非該当
	(6) 指定通所介護は、事業所内でサービスを提供することが原則であるが、以下の場合においては、事業所の屋外サービスを提供することができる。 <input type="checkbox"/> あらかじめ通所介護計画に位置付けられているか。 <input type="checkbox"/> 効果的な機能訓練等のサービスが提供できているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(質の評価)	(1) 事業者は、自らその提供する指定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"/>
	(2) 事業者は、自らその提供する指定通所介護相当サービスの質の評価を行うとともに、主治の医師又は歯科医師とも連携を図りつつ、常にその改善を図っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(通所介護相当サービス又は通所型サービスAの基本取扱方針)	(1) 指定通所介護相当サービス又は指定通所型サービスAは、利用者の介護予防に資するよう、その目標を設定し、計画的に行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 事業者は、指定通所介護相当サービス又は指定通所型サービスAの提供に当たり、単に利用者の運動器の機能の向上、栄養状態の改善、口腔機能の向上等の特定の心身機能に着目した改善等を目的とするものではなく、当該心身機能の改善等を通じて、利用者ができる限り要介護状態とならないで自立した日常生活を営むことができるよう支援することを目的とするものであることを常に意識してサービスの提供に当たっているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 事業者は、利用者がその有する能力を最大限活用することができるような方法によるサービスの提供に努めているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 事業者は、指定通所介護相当サービス又は通所型サービスAの提供に当たり、利用者とのコミュニケーションを十分に図ることその他の様々な方法により、利用者が主体的に事業に参加するよう適切な働きかけに努めているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 指定通所介護相当サービス又は指定通所型サービスA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"/>
	(6) 指定通所介護相当サービス又は指定通所型サービスA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の提供を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(指定通所介護相当サービス及び通所型サービスAの提供にあたっての留意点)	(1) 事業者は、サービスの提供に当たり、介護予防支援におけるアセスメント及び介護予防ケアマネジメントにおいて把握された課題、指定通所介護相当サービス又は指定通所型サービスAの提供による当該課題に係る改善状況等を踏まえつつ、効率的かつ柔軟なサービスの提供に努めているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 事業者は、運動器機能向上サービス、栄養改善サービス又は口腔機能向上サービスを提供するに当たっては、国内外の文献等において有効性が確認されているもの等の適切なものとしているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 事業者は、サービスの提供に当たり、利用者が虚弱な高齢者であることに十分に配慮し、利用者に危険が伴うような強い負荷を伴うサービスの提供は行わないとともに、安全管理体制等の確保を図ること等を通じて、利用者の安全面に最大限配慮しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 通所介護計画の作成	(1) 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通所介護計画を作成しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 通所介護計画は、サービスの提供に関わる従業者が共同して個々の利用者ごとに作成しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 通所介護従業者が提供するサービスの具体的な内容、所要時間、日程等を明らかにしているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 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の内容に沿って作成しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 管理者は、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"/>

項目	内容	適	不適	非該当
	(6) 管理者は、通所介護計画を作成した際には、当該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"/>
	(7) 通所介護従業者は、それぞれの利用者について、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"/>
	(8) 通所介護計画の目標及び内容については、利用者又は家族に説明を行うとともに、その実施状況や評価についても説明を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(通所介護相当サービス計画又は通所型サービスA計画の作成)	(1) 指定通所介護相当サービス又は指定通所型サービスAの提供に当たっては、主治の医師又は歯科医師からの情報伝達やサービス担当者会議を通じる等の適切な方法により、利用者の心身の状況、その置かれている環境等利用者の日常生活全般の状況の的確な把握を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 管理者は、(1)に規定する利用者の日常生活全般の状況及び希望を踏まえて、指定通所介護相当サービス又は指定通所型サービスAの目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容、サービスの提供を行う期間等を記載した「通所介護相当サービス計画又は通所型サービスA計画（以下「通所介護相当サービス計画等」という。）を作成しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) アセスメントに基づき、支援の方向性や目標を名確認し、提供するサービスの具体的内容、所要時間、日程等を明らかにしているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 通所介護相当サービス計画等は、既に介護予防サービス計画等が作成されている場合は、当該計画等の内容に沿って作成しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 管理者は、通所介護相当サービス計画等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"/>
	(6) 管理者は、通所介護相当サービス計画等を作成した際には、当該計画を利用者に交付しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(7) サービスの提供に当たっては、通所介護相当サービス計画等に基づき、利用者が日常生活を営むのに必要な支援を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(8) 管理者は、通所介護相当サービス計画等に基づくサービスの提供の開始時から、少なくとも1月に1回は、当該通所介護相当サービス計画等に係る利用者の状態、当該利用者に対するサービスの提供状況等について、当該サービスの提供に係る介護予防サービス計画等を作成した指定介護予防支援事業者等に報告しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(9) 管理者は通所介護相当サービス計画に記載したサービスの提供を行う期間が終了するまでに少なくとも1回は、当該通所介護相当サービス計画等の実施状況の把握（「モニタリング」）を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(10) 管理者は、モニタリングの結果を記録し、当該記録を当該サービスの提供に係る介護予防サービス計画等を作成した介護予防支援事業者等に報告しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(11) 管理者は、モニタリングの結果を踏まえ、必要に応じて通所介護相当サービス計画等の変更を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(12) 管理者は、(1)(2)及び(4)～(10)までの規定は、(11)に規定する通所介護相当サービス計画等の変更について準用しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 利用者に関する市への通知	事業者は、指定通所介護を受けている利用者が次のいずれかに該当する場合は、遅滞なく、意見を付してその旨を市に通知しているか。 <input type="checkbox"/> 正当な理由なしに指定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 <input type="checkbox"/> 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 (安全管理体制等の確保)	(1) 緊急時対応マニュアル等を整備しているか。 <input type="checkbox"/> 緊急時における対応フロー（有・無）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 通所介護従業者は、現に指定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、速やかに主治の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項目	内 容	適	不適	非該当
(通所介護相当サービス又は通所型サービスAに係る安全管理体制等の確保)	(1) 事業者は、サービスの提供を行っているときに利用者に病状の急変等が生じた場合に備え、緊急時マニュアル等を作成し、その事業所内の従業者に周知徹底を図るとともに、速やかに主治の医師への連絡を行えるよう、緊急時の連絡方法をあらかじめ定めているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 事業者は、サービスの提供に当たり、転倒等を防止するための環境整備に努めているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 事業者は、サービスの提供に当たり、事前に脈拍や血圧等を測定する等利用者の当日の体調を確認するとともに、無理のない適度なサービスの内容とするよう努めているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 事業者は、サービスの提供を行っているときにおいても、利用者の体調の変化に常に気を配り、病状の急変等が生じた場合その他必要な場合には、速やかに主治の医師へ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"/>
19 管理者の責務	(1) 管理者は、事業所の従業者の管理及び指定通所介護の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"/>
	(2) 管理者は、事業所の従業者に運営に関する基準の規定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	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。 <input type="checkbox"/> 事業の目的及び運営の方針 <input type="checkbox"/> 従業者の職種、員数及び職務の内容 <input type="checkbox"/> 営業日及び営業時間 <input type="checkbox"/> 利用定員 <input type="checkbox"/> 介護の内容及び利用料その他の費用の額 <input type="checkbox"/> 通常の事業の実施地域 <input type="checkbox"/> サービス利用に当たっての留意事項 <input type="checkbox"/> 緊急時等における対応方法 <input type="checkbox"/> 非常災害対策 <input type="checkbox"/> 虐待の防止のための措置に関する事項 <input type="checkbox"/> その他運営に関する重要事項 <input type="checkbox"/> 身体的拘束等の原則禁止	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 勤務体制の確保等	(1) 事業者は、利用者に対し適切な指定通所介護を提供できるよう、事業所ごとに従業者の勤務の体制を定めているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 原則として月ごとの勤務表を作成し、通所介護従業者の日々の勤務時間、常勤・非常勤の別、専従の生活相談員、看護職員、介護職員及び機能訓練指導員の配置、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"/>
	(3) 事業者は、事業所ごとに、当該事業所の従業者によって指定通所介護を提供しているか。ただし、利用者の処遇に直接影響を及ぼさない業務については、この限りでない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 事業者は、適切な指定通所介護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通所介護従業者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"/>
(研修機会の確保)	(5) 事業者は、従業者の資質向上のため、計画的に研修の機会を確保しているか。 <input type="checkbox"/> 研修年間計画策定 (有・無) <input type="checkbox"/> 研修機会の確保 <input type="checkbox"/> 事故対応 : (研修年月日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> 苦情処理 : (研修年月日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> 衛生管理 : (研修年月日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> 高齢者虐待防止 : (研修年月日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> 身体的拘束等適正化 : (研修年月日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> 研修記録 <input type="checkbox"/> 欠席者への対応・情報共有方法 ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項目	内 容	適	不適	非該当
(令和6年3月31日までの経過措置あり)	(6) 事業者は、全ての通所介護従業者（看護師、准看護師、介護福祉士、介護支援専門員、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。 認知症介護基礎研修を受講させるために講じている措置の内容（ ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 業務継続計画の策定等（令和6年3月31日までの経過措置あり）	<p>(1) 事業者は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定通所介護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。</p> <p>(2) 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・事業所における新型コロナウイルス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。</p> <p><input type="checkbox"/> イ 感染症に係る業務継続計画</p> <p><input type="checkbox"/> 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）</p> <p><input type="checkbox"/> b 初動対応</p> <p><input type="checkbox"/> 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）</p> <p><input type="checkbox"/> ロ 災害に係る業務継続計画</p> <p><input type="checkbox"/> 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）</p> <p><input type="checkbox"/> b 緊急時の対応（業務継続計画発動基準、対応体制等）</p> <p><input type="checkbox"/> c 他施設及び地域との連携</p> <p>(3) 事業者は、通所介護従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施しているか。</p> <p>(4) 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な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わる理解の励行を行っているか。 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。</p> <p>(5) 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。</p> <p>(6) 事業者は、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。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 定員の遵守（通所介護相当サービス及び通所型サービスA含む）	事業者は、利用定員を超えて指定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、この限りでない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項目	内 容	適	不適	非該当
24 非常災害対策	(1) 非常災害に関する具体的計画を立てているか。 <input type="checkbox"/> 火災、風水害、地震等に対応した内容となっている。 【非常災害対策計画に盛り込む具体的な項目例】 <input type="checkbox"/> 介護保険施設等の立地条件（地形 等） <input type="checkbox"/> 災害に関する情報の入手方法（「高齢者等避難」等の情報の入手方法の確認等） <input type="checkbox"/> 災害時の連絡先及び通信手段の確認（自治体、家族、職員等） <input type="checkbox"/> 避難を開始する時期、判断基準（「高齢者等避難発令」時 等） <input type="checkbox"/> 避難場所（市が指定する避難場所、施設内の安全なスペース等） <input type="checkbox"/> 避難経路（避難場所までのルート（複数）、所要時間 等） <input type="checkbox"/> 避難方法（利用者ごとの避難方法（車いす、徒歩等） 等） <input type="checkbox"/> 災害時の人員体制、指揮系統（災害時の参集方法、役割分担、避難に必要な職員数等） <input type="checkbox"/> 関係機関との連携体制 等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 防火管理者を置かなくてもよいこととされている指定通所介護事業所においても、防火管理について責任者を定めているか。 <input type="checkbox"/> 防火管理者：（ ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 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"/> 消防訓練（年 回） 直近実施日（ 年 月 日） 前回実施日（ 年 月 日）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 機器点検（年 回） ※年2回必要 直近実施日（ 年 月 日） 前回実施日（ 年 月 日） <input type="checkbox"/> 総合点検（年 回） ※年1回必要 直近実施日（ 年 月 日）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 事業者は、(3)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に連携に努めているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25 衛生管理等	(1) 事業者は、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"/>
	(2) 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"/>
	(3) 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"/>
(令和6年3月31日までの経過措置あり)	(4) 当該事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会（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、通所介護従業者に周知徹底を図っているか。 直近開催日（ 年 月 日） 前回開催日（ 年 月 日）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 当該事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための指針を整備しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) 当該事業所において、通所介護従業者に対し、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"/>
	(7) 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ので、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"/>
	(8) 以下の取組が行われているか。 <input type="checkbox"/> 医薬品及び医療用具の管理は適切か。 <input type="checkbox"/> 従事者（常勤・非常勤）の健康管理を行っているか。 <input type="checkbox"/> 感染症予防マニュアルを作成しているか。 <input type="checkbox"/> 共用タオルや固形石鹸を使用しないようにしているか。（職員、利用者共） <input type="checkbox"/> 手指消毒剤又は消毒器を設置しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項目	内 容	適	不適	非該当
	<p>(9) 循環式浴槽を使用している場合、以下の検査等を含めてレジオネラ症対策を適切に行っているか。</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 入浴日の浴槽水の残留塩素濃度検査は、入浴前・入浴中・入浴後の3回実施している。 <input type="checkbox"/> 常に0.4mg/ℓ以上を保っている。 <input type="checkbox"/> 浴槽水を適切に(1週間に1回以上)交換し、清掃を行っている。 ※浴槽水交換頻度 (回/ 週) <input type="checkbox"/> 循環式浴槽水は少なくとも1年に1回以上は水質検査を行い、レジオネラ属菌に汚染されていないか確認している。 (高齢者施設の場合、1年に2回以上が望ましい) 1回目:時期(. .) 結果() 2回目:時期(. .) 結果() <p>《参考》 大阪府の「社会福祉施設等の入浴設備におけるレジオネラ症発生防止対策マニュアル」</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 年1回の水質検査を実施した場合には、その結果を市に報告している。 	□	□	□
26 掲 示	<p>(1) 事業者は、事業所の見やすい場所に、運営規程の概要、通所介護従業者の勤務の体制その他の利用申込者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を掲示しているか。</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 運営規程の概要 <input type="checkbox"/> 従業者の勤務体制 <input type="checkbox"/> その他のサービスの選択に関する重要事項 <input type="checkbox"/> 重要事項説明書 <p>(2) 事業者は、(1)に規定する事項を記載した書面を当該事業所に備え付け、かつ、これをいつでも関係者に自由に閲覧させることにより、(1)の規定による掲示に代えることができる。そのような事例はあるか。 (有 ・ 無)</p> <p>(3) 高齢者虐待に関する通報窓口を掲示しているか。</p>	□	□	□
27 秘密保持等	<p>(1) 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はいないか。</p> <p>(2) 事業者は、当該事業所の従業者であった者が、正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らすことがないように、必要な措置を講じているか。</p> <p>(3) 事業者は、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いる場合は利用者の同意を、利用者の家族の個人情報を用いる場合は当該家族の同意を、あらかじめ文書により得ているか。</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 利用者の同意 <input type="checkbox"/> 利用者家族の複数同意 	□	□	□
28 広 告	<p>事業者は、事業所について広告をする場合においては、その内容が虚偽又は誇大なものとなっていないか。</p>	□	□	□
29 指定居宅介護支援事業者に対する利益供与の禁止	<p>事業者は、居宅介護支援事業者又はその従業者に対し、利用者に対して特定の事業者によるサービスを利用させることの対償として、金品その他の財産上の利益を供与してはいないか。</p>	□	□	□
30 苦情処理	<p>(1) 事業者は、提供した指定通所介護に係る利用者及びその家族からの苦情に迅速かつ適切に対応するために、苦情を受け付けるための窓口を設置する等の必要な措置を講じているか。 苦情対応マニュアル(有 ・ 無)</p> <p>(2) 例えば、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、事業所に掲示しているか。</p> <p>(3) 事業者は、(1)の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。</p> <p>(4) 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みを自ら行っているか。</p>	□	□	□

項目	内 容	適	不適	非該当
	(5) 事業者は、提供した指定通所介護に関し、市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市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が行う調査に協力するとともに、市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"/>
	(6) 事業者は、市からの求めがあった場合には、(5)の改善の内容を市に報告しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(7) 事業者は、提供した指定通所介護に係る利用者からの苦情に関して国保連が行う調査に協力するとともに、国保連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"/>
	(8) 事業者は、国保連からの求めがあった場合には、(7)の改善の内容を国保連に報告しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31 地域との連携等	(1) 事業者は、その事業の運営に当たっては、地域住民又はその自発的な活動等との連携及び協力を行う等の地域との交流に努めているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 事業者は、その事業の運営に当たっては、提供した指定通所介護に関する利用者からの苦情に関して、市等が派遣する者が相談及び援助を行う事業その他の市が実施する事業に協力するよう努めているか。 介護相談員の受け入れ（有・無）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 事業者は、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"/>
32 事故発生時の対応	(1) 事業者は、利用者に対する指定通所介護の提供により事故が発生した場合は、市、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るか。 事故対応マニュアル（有・無）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 事業者は、(1)の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"/>
	(3) 指定通所介護事業者は、事故が発生し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"/>
	(4) ひやりはっと事例報告に係る様式が作成されているか。又はひやりはっと事例報告に係る様式に記録されているか。その記録を保存しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 事業者は、利用者に対する指定通所介護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"/>
	(6) 夜間及び深夜に指定通所介護以外のサービスにより事故が発生した場合は、通所介護と同様の必要な措置を講じているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33 虐待の防止 (令和6年3月31日までの経過措置あり)	(1) 当該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。）を定期的に開催するとともに、その結果について、通所介護従業者に周知徹底を図っているか。 直近開催日（ 年 月 日）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 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。 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> ロ 虐待の防止のための指針の整備に関すること <input type="checkbox"/> ハ 虐待の防止のための職員研修の内容に関すること <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> ホ 従業者が高齢者虐待を把握した場合に、市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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> ト ヘ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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項 目	内 容	適	不適	非該当
	(3) 当該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"/>
	(4) 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。 <input type="checkbox"/> 事業所における虐待の防止に関する基本的考え方 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 虐待の防止のための職員研修に関する基本方針 <input type="checkbox"/> 虐待等が発生した場合の対応方法に関する基本方針 <input type="checkbox"/> 虐待等が発生した場合の相談・報告体制に関する事項 <input type="checkbox"/> 成年後見制度の利用支援に関する事項 <input type="checkbox"/> 虐待等に係る苦情解決方法に関する事項 <input type="checkbox"/> 利用者等に対する当該指針の閲覧に関する事項 <input type="checkbox"/> その他虐待の防止の推進のために必要な事項	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 当該事業所において、通所介護従業者に対し、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"/>
	(6) 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しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(7) (1)(3)(5)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。 担当者()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(8) 従業者は、高齢者虐待を発見しやすい立場にあることを自覚し、高齢者虐待の早期発見に努めているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(9) 利用する高齢者について、以下に掲げる行為を行っていないか。 <input type="checkbox"/> 高齢者の身体に外傷が生じ、又は生じるおそれのある暴行を加えること。 <input type="checkbox"/> 高齢者を衰弱させるような著しい減食又は長時間の放置その他の高齢者を養護すべき職務上の義務を著しく怠ること。 <input type="checkbox"/> 高齢者に対する著しい暴言又は著しく拒絶的な対応その他の高齢者に著しい心理的外傷を与える言動を行うこと。 <input type="checkbox"/> 高齢者にわいせつな行為をすること又は高齢者をしてわいせつな行為をさせること。 <input type="checkbox"/> 高齢者の財産を不当に処分することその他当該高齢者から不当に財産上の利益を得ること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(身体的拘束等)	(1) 事業者は、身体拘束のないケアの実現のために必要な措置を講じているか。 身体的拘束等のマニュアル (有・無)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 身体的拘束等を行った事例があるか。(有・無)			
	(3) (4)の3要件を満たす状態であることを「身体拘束廃止委員会」等のチームで検討、確認し、記録をしているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 「緊急やむを得ない場合」の以下の3要件すべてを満たしているか、また記録から読み取れるか。 <input type="checkbox"/> 切迫性・利用者本人または他の利用者等の生命または身体が危険にさらされる可能性が著しく高いこと <input type="checkbox"/> 非代替性・身体拘束その他の行動制限を行う以外に代替する介護方法がないこと <input type="checkbox"/> 一時性・身体拘束その他の行動制限が一時的なものであること	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 利用者本人や家族に対して、身体的拘束等の内容、目的、理由、拘束の時間、時間帯、期間等できる限り詳しく説明し、十分な理解を得るよう努めているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) その際には、管理者等から説明を行うなど、説明手続や説明者について事前に明文化しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(7) 身体拘束等開始後の経過観察の記録(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"/>
	(8) 「緊急やむを得ない場合」に該当するかどうかを常に観察、再検討し、要件に該当しなくなった場合は、直ちに身体拘束等を解除しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項目	内容	適	不適	非該当
34 会計の区分	事業者は、事業所ごとに経理を区分するとともに、指定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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35 記録の整備 (2)は令和4年4月1日から施行)	(1) 事業者は、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。 (2) 事業者は、利用者に対する指定通所介護の提供に関する次に掲げる記録を整備し、その完結の日から5年間保存しているか。 <input type="checkbox"/> 通所介護計画、通所介護相当サービス計画、通所型サービスA計画 <input type="checkbox"/> 提供した具体的なサービスの内容等の記録 <input type="checkbox"/> 市への通知に係る記録 <input type="checkbox"/> 苦情の内容等の記録 <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の記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36 変更届出の手続	運営に関する基準について、変更届出提出の該当事項があった場合、速やかに変更届出を豊中市に提出しているか。 ※変更した日から10日以内に提出すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37 電磁的記録等	(1) 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、書面(書面、書類、文書、謄本、抄本、正本、副本、複本その他文字、図形等人の知覚によって認識することができる情報が記載された紙その他の有体物をいう。以下同じ。)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(電子的方式、磁気的方式その他の知覚によっては認識することができない方式で作られる記録であって、電子計算機による情報処理の用に供されるものをいう。)により行うことができる。このような事例はあるか。 (有・無)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 事業者及びサービスの提供に当たる者は、交付、説明、同意、承諾その他これに類するもの(以下「交付等」という。)のうち、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(電磁的方法、磁気的方法その他の知覚によって認識することができない方法をいう。)によることができる。このような事例はあるか。 (有・無)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

第5 登録喀痰吸引等事業者(登録特定行為事業者)

出典：大阪府 登録特定行為事業者 自主点検表 (令和2年3月16日 更新分)

○文章中、「法」とは「社会福祉士及び介護福祉士法(昭和62年5月26日法律第30号)」を、「省令」とは「社会福祉士及び介護福祉士法施行規則(昭和62年12月15日厚生省令第49号)」を指します。

項目	内容	適	不適	非該当
1 登録基準	登録番号 ()			
	(1) 医師、看護師その他の医療関係者との連携が確保されているものとして省令で定める以下の基準に適合しているか。			
	①介護福祉士(認定特定行為業務従事者)による喀痰吸引等の実施に際し、医師の文書による指示を個別に受けているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	②喀痰吸引等を必要とする者の状態について、医師又は看護職員による確認を定期的に行い、当該対象者に係る心身の状況に関する情報を介護福祉士(認定特定行為業務従事者)と共有することにより、適切な役割分担を図っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	③対象者の希望、医師の指示及び心身の状況を踏まえて、医師又は看護職員との連携の下に、喀痰吸引等の実施内容等を記載した計画書を作成しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	④喀痰吸引等の実施ごとに実施結果を記録し、随時看護職員に報告しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑤作成された喀痰吸引等業務計画書は、対象者の心身の状況の変化や医師の指示等に基づき、必要に応じて適宜内容等の見直しを行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項目	内 容	適	不適	非該当
	⑥喀痰吸引等の実施状況に関する報告書を作成し、医師に提出しているか。 ※報告の頻度は特に定めはないが、一定程度の頻度で行うこと	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑦対象者の状態の急変等に備え、速やかに医師又は看護職員への連絡を行えるよう、緊急時の連絡方法をあらかじめ定めているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑧①～⑦の事項その他必要な事項を記載した喀痰吸引等業務に関する書類（業務方法書等）を作成し適宜見直しをしているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 喀痰吸引等の実施に関する記録が整備されていること。その他安全かつ適正に実施するために必要な措置を講じているか。			
	①喀痰吸引等行為のうち認定特定行為業務従事者に行わせようとするものについて、当該介護従事者が都道府県による認定証が交付されている場合、または実地研修を修了した介護福祉士（資格証に行為が付記されていること）にのみ、これを行わせているか。 ※認定証の交付がされていない従事者及び実地研修を修了していない介護福祉士等に対し喀痰吸引等業務を行わせた場合は、登録取消し又は業務停止等の処分の対象となり得る。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	②医師又は看護職員を含む者で構成される安全委員会の設置、喀痰吸引等を安全に実施するための研修体制の整備、その他対象者の安全を確保するために必要な体制を確保しているか。 【委員会のメンバー】 ・医師又は看護職員を含む者で構成されているか。 ※メンバーの職種記載 ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	※安全委員会は、多職種から構成すること。 ※既存の委員会等で、満たすべき構成員等が確保されており、下記に示す所掌内容について実施可能な場合は、当該体制の活用も可			
	<安全確保体制における具体的取組内容> 安全委員会等においては、以下について取り決めを行っているか。 <input type="checkbox"/> 当該委員会の設置規程に関すること。 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引等業務の実施方針・実施計画に関すること。 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引等業務の実施・進捗状況の把握に関すること。 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引等業務従事者等の教育等に関すること。 <input type="checkbox"/> ヒヤリハット等の事例の蓄積及び分析、再発防止の検討 <input type="checkbox"/> その他喀痰吸引等業務の実施に関し必要な事項に関すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<安全委員会等の運用上の留意事項> 安全委員会等の運用においては、以下の点に留意しているか。 <input type="checkbox"/> 安全委員会等の管理及び運用を司る責任体制を明確にすること。 <input type="checkbox"/> 当該安全委員会の検討内容を適切に記録すること。 ※喀痰吸引等の提供について、賠償すべき事態に速やかに対応できるよう損害賠償保険制度等に加入しておくことが望ましい。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	③喀痰吸引等の実施のために必要な備品等を備えているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	④備品等については衛生的な管理に努め、その他の感染症の発生を予防するために必要な措置を講ずるよう努めているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑤計画書の内容を対象者又はその家族等に説明し、その同意を得ているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑥喀痰吸引等業務に関して知り得た情報を適切に管理し、及び秘密を保持するために必要な措置を講じているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 登録の変更に関する事項	登録の変更は適切に行っているか。 <input type="checkbox"/> 法人の名称 <input type="checkbox"/> 法人の住所 <input type="checkbox"/> 法人の代表者 <input type="checkbox"/> 事業所の名称 <input type="checkbox"/> 事業所の所在地 <input type="checkbox"/> 法人の寄付行為又は定款 <input type="checkbox"/> 業務方法書 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引等業務従事者の名簿 <input type="checkbox"/> 登録特定行為	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

第6 業務管理体制の整備

項目	内 容	適	不適	非該当
----	-----	---	----	-----

項目	内 容	適	不適	非該当
	事業者(法人)において、①～③の区分に応じ、業務管理体制を整備するとともに、当該整備に係る事項を記載した届出書を、所管庁に提出しているか。 ① 法令遵守責任者の選任 【全ての法人】 法令遵守責任者の届出 (済 ・ 未済) 所属・職名 () 氏 名 () ② 法令遵守規程の整備【事業所(施設)数が20以上の法人のみ】 ①に加えて、規程の概要の届出 (済 ・ 未済) ③ 業務執行の状況の監査の定期的な実施 【事業所(施設)数が100以上の法人のみ】 ①及び②に加えて、監査の方法の概要の届出(済 ・ 未済)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	届出事項に変更があるときは、遅滞なく、変更事項を所管庁に届け出ているか。 ※事業所数の増減により整備すべき内容が変わった場合等についても、届出が必要	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	所管庁に変更があったときは、変更後の届出書を、変更後の所管庁及び変更前の所管庁の双方に届け出ているか。 ※所管庁(届出先) ◎指定事業所又は施設が3以上の地方厚生局の区域に所在する事業者 ・・・・厚生労働大臣(厚生労働省老健局) ◎指定事業所又は施設が2以上の都道府県に所在し、かつ2以下の地方厚生局の管轄区域に所在する事業者 ・・・・主たる事務所の所在地の都道府県知事 ◎すべての指定事業所が豊中市内に所在する事業者 ・・・・豊中市長(長寿社会政策課) ◎上記以外の事業者 ・・・・大阪府知事(福祉部高齢介護室介護事業者課)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

第7-1 介護給付費関係

項目	内 容	適	不適	非該当
1 介護給付費単位 (事業所規模別) ①通常規模型通所介護費	(1) 前年度の1月当たり平均利用延人員数(一体的に事業を実施している指定介護予防事業所及び第一号通所事業における前年度の1月当たりの平均利用延人員数を含む。)が750人以内の事業所であるか。 (2) 人員に関する基準に定める看護職員又は介護職員(共生型通所介護を行う指定通所介護事業所にあつては、共生型通所介護の基準に定める従業者)の員数を置いているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
②大規模型通所介護費(I)	(3) (1)に該当しない事業所であつて、前年度の1月当たり平均利用延人員数(一体的に事業を実施している指定介護予防事業所及び第一号通所事業における前年度の1月当たりの平均利用延人員数を含む。)が900人以内の事業所であるか。 (4) 人員に関する基準に定める看護職員又は介護職員(共生型通所介護を行う指定通所介護事業所にあつては、共生型通所介護の基準に定める従業者)の員数を置いているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③大規模型通所介護費(II)	(5) (1)及び(3)に該当しない事業所であるか。 (6) 人員に関する基準に定める看護職員又は介護職員(共生型通所介護を行う指定通所介護事業所にあつては、人員基準に定める従業者)の員数を置いているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 基本的事項 (所要時間による区分の取扱い)	(1) 指定通所介護事業所において、指定通所介護を行った場合に、当該施設基準に掲げる区分に従い、利用者の要介護状態区分に応じて、現に要した時間ではなく、通所介護計画に位置付けられた内容の指定通所介護を行うのに要する標準的な時間で、それぞれ所定単位数を算定しているか。 (2) ただし、利用者の数又は看護職員若しくは介護職員の員数が別に厚生労働大臣が定める基準に該当する場合は、別に厚生労働大臣が定めるところにより算定しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項目	内容	適	不適	非該当
	(3) 単に、当日のサービス進行状況や利用者の家族の出迎え等の都合で、当該利用者が通常の時間を超過して事業所にいる場合は、通所介護のサービスが提供されているとは認められない。したがって、この場合は当初計画に位置づけられた所要時間に応じた所定単位数を算定しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 当初の通所介護計画に位置づけられた時間よりも大きく短縮した場合は、当初の通所介護計画を変更のうえ、変更後の所要時間に応じた所定単位数を算定しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 理美容サービスは、介護保険による指定通所介護には含まれないが、デイサービスセンター等において、通所介護とは別に、利用者の自己負担により理美容サービスを受けることは問題ない。その際、利用者に必要なものとして当初から予定されている指定通所介護の提供サービスの提供プログラム等に影響しないよう配慮が必要である。なお、指定通所介護の提供時間には、理美容サービスに要した時間は含んでいないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) 緊急やむを得ない場合において、併設医療機関(他の医療機関を含む。)を受診した場合は、医療機関等における保険請求が優先され、通所サービスについては変更後の所要時間に応じた所定単位数を算定しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(送迎時における居宅内等介助の評価)	(7) 指定通所介護を行うのに要する時間に、送迎に要する時間を含んでいないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(8) 送迎時に実施した居宅内介助等(着替え、ベッド・車椅子への移乗、戸締り等)に要する時間は、下記のいずれの要件も満たす場合に、1日30分以内を限度として、通所介護を行うのに要する時間に含めているか。 <input type="checkbox"/> ①居宅サービス計画及び通所介護計画に位置付けた上で実施する場合 <input type="checkbox"/> ②送迎時に居宅内の介助等を行う者が以下の資格を有しているか。 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 実務者研修修了者 <input type="checkbox"/> 介護職員基礎研修課程修了者 <input type="checkbox"/> 1級課程修了者 <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修修了者(2級課程修了者を含む。) <input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 機能訓練指導員 <input type="checkbox"/> 当該事業所における勤続年数と同一法人の経営する他の介護サービス事業所、医療機関、社会福祉施設等においてサービスを利用者に直接提供する職員としての勤続年数の合計が3年以上の介護職員である場合	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(災害時等の取扱い)	(9) 災害、虐待の受入れ等やむを得ない理由による定員超過利用については、当該定員超過利用が開始した月(災害等が生じた時期が月末であって、定員超過利用が翌月まで継続することがやむを得ないと認められる場合は翌月も含む。)の翌月から所定単位数の減算を行うことはせず、やむを得ない理由がないにもかかわらずその翌月まで定員を超過した状態が継続している場合に、災害等が生じた月の翌々月から所定単位数の減算を行うものとする。 そのような事例はあるか。(有・無)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合の取扱いについて)	(10) 感染症又は災害(厚生労働大臣が認めるものに限る。)の発生を理由とする利用者数の減少が生じ、当該月の利用者数の実績が当該月の前年度における月平均の利用者数よりも100分の5以上減少している場合に、都道府県知事に届け出た指定通所介護事業所において、指定通所介護を行った場合には、利用者数が減少した月の翌々月から3月以内に限り、1回につき所定単位数の100分の3に相当する単位数を所定単位数に加算する。ただし、利用者数の減少に対応するための経営改善に時間を要することその他の特別の事情があると認められる場合は、当該加算の期間が終了した月の翌月から3月以内に限り、引き続き加算することができる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(定員超過利用に該当する場合の所定単位数の算定について)	(11) 市長に提出した運営規程に定められている利用定員を超える利用者を利用させている場合には、全利用者の所定単位数について、100分の70に相当する単位数を算定しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(12) 利用者の数は、1月間(暦月)の利用者の数の平均を用いているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(人員基準欠如に該当する場合の所定単位数の算定について)	(13) 事業所の看護職員又は介護職員の配置数が人員基準上満たすべき員数を下回っている場合、全利用者について、所定単位数の100分の70に相当する単位数を算定しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項目	内容	適	不適	非該当
	(14) 看護職員の数、1月間の職員数の平均を用いる。この場合、1月間の職員数の平均は、当該月のサービス提供日に配置された延べ人数を当該月のサービス提供日数で除して得た数としているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(15) 介護職員等の数は、利用者数及び提供時間数から算出する勤務延時間数を用いる。この場合、1月間の勤務延時間数は、配置された職員の1月の勤務延時間数を、当該月において本来確保すべき勤務延時間数で除して得た数としているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(16) 人員基準上必要とされる員数から1割を超えて減少した場合にはその翌月から人員基準欠如が解消されるに至った月まで、利用者全員について所定単位数が通所介護費等の算定方法に規定する算定方法に従って減算しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(17) 人員基準上必要とされる員数から1割の範囲内で減少した場合には、その翌々月から人員基準欠如が解消されるに至った月まで、利用者等の全員について所定単位数が減算されているか。(ただし、翌月の末日において人員基準を満たすに至っている場合を除く。)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 2時間以上3時間未満の通所介護を行う場合の取扱い	心身の状況その他利用者のやむを得ない事情により、長時間のサービス利用が困難である利用者に対して、所要時間2時間以上3時間未満の指定通所介護を行う場合は、施設基準に掲げる区分に従い、所要時間4時間以上5時間未満の所定単位数の100分の70に相当する単位数を算定しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 8時間以上9時間未満の通所介護の前後に連続して延長サービスを行った場合の加算の取扱い	(1) 日常生活上の世話をを行った後に引き続き所要時間8時間以上9時間未満の指定通所介護を行った場合又は所要時間8時間以上9時間未満の指定通所介護を行った後に引き続き日常生活上の世話を行った場合であって、当該指定通所介護の所要時間と当該指定通所介護の前後に行った日常生活上の世話の所要時間を通算した時間が9時間以上となった場合は加算しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 9時間以上のうちどの延長サービスを算定しているか。 <input type="checkbox"/> 9時間以上10時間未満の場合 <input type="checkbox"/> 10時間以上11時間未満の場合 <input type="checkbox"/> 11時間以上12時間未満の場合 <input type="checkbox"/> 12時間以上13時間未満の場合 <input type="checkbox"/> 13時間以上14時間未満の場合	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) なお、延長加算は、実際に利用者に対して延長サービスを行うことが可能な体制にあり、かつ、実際に延長サービスを行った場合に算定されるものであるが、当該事業所の実情に応じて、適当数の従業者を置いている必要があり、当該事業所の利用者が、当該事業所を利用した後に、引き続き当該事業所の設備を利用して宿泊する場合や、宿泊した翌日において当該事業所の通所介護の提供を受ける場合には算定していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 共生型通所介護	(1) 共生型居宅サービスの事業を行う指定生活介護事業者が当該事業を行う事業所において共生型通所介護を行った場合は、所定単位数の100分の93に相当する単位数を算定しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 共生型居宅サービスの事業を行う指定自立訓練(機能訓練)事業者又は指定自立訓練(生活訓練)事業者が当該事業を行う事業所において共生型通所介護を行った場合は、所定単位数の100分の95に相当する単位数を算定しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 共生型居宅サービスの事業を行う指定児童発達支援事業者が当該事業を行う事業所において共生型通所介護を行った場合は、所定単位数の100分の90に相当する単位数を算定しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 共生型居宅サービスの事業を行う指定放課後等デイサービス事業者が当該事業を行う事業所において共生型通所介護を行った場合は、所定単位数の100分の90に相当する単位数を算定しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 生活相談員配置等加算	(1) 共生型通所介護を算定しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 生活相談員を1名以上配置しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 地域に貢献する活動を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 入浴介助加算(I)	(1) 入浴介助を適切に行うことができる人員及び設備を有して行われる入浴介助であるか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項目	内 容	適	不適	非該当
	(2) 通所介護計画上、入浴の提供が位置付けられている場合に、利用者側の事情により、入浴を実施しなかった場合に、加算していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 入浴介助加算(Ⅱ)	(1) 以下の①から⑤のいずれにも適合しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	① 入浴介助を適切に行うことができる人員及び設備を有して行われる入浴介助であるか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	② 医師、理学療法士、作業療法士、介護福祉士、介護支援専門員その他の職種の者(以下「医師等」という。)が利用者の居宅を訪問し、浴室における当該利用者の動作及び浴室の環境を評価しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	③ ②の訪問において、当該居宅の浴室が、当該利用者自身又はその家族等の介助により入浴を行うことが難しい環境にあると認められる場合は、訪問した医師等が、指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員又は指定福祉用具貸与事業所若しくは指定特定福祉用具販売事業所の福祉用具専門相談員と連携し、福祉用具の貸与若しくは購入又は住宅改修等の浴室の環境整備に係る助言を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	④ 当該指定通所介護事業所の機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者(以下「機能訓練指導員等」)が共同して、利用者の居宅を訪問した医師等との連携の下で、当該利用者の身体の状態、訪問により把握した当該居宅の浴室の環境等を踏まえて個別の入浴計画を作成しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑤ ④の入浴計画に基づき、個浴(個別の入浴をいう。)その他の利用者の居宅の状況に近い環境で、入浴介助を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 通所介護計画上、入浴の提供が位置付けられている場合に、利用者側の事情により、入浴を実施しなかった場合に、加算していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 中重度者ケア体制加算	(1) 指定基準に定められた員数に加え、看護職員又は介護職員を常勤換算方法で2以上確保しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 前年度又は算定日が属する月の前3月間の利用者の総数のうち、要介護状態区分が要介護3、要介護4又は要介護5である者の占める割合が100分の30以上であるか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 指定通所介護を行う時間帯を通じて、専ら当該指定通所介護の提供に当たる看護職員を1名以上配置しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 共生型通所介護を算定していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 生活機能向上連携加算(Ⅰ)	(1) 外部との連携により、利用者の身体の状態等の評価を行い、かつ、個別機能訓練計画を作成している場合に、利用者の急性増悪等により当該個別機能訓練計画を見直した場合を除き3月に1回を限度として、1月につき加算しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 個別機能訓練加算を算定していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 指定訪問リハビリテーション事業所、指定通所リハビリテーション事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は医師(以下「理学療法士等」という。)の助言に基づき、当該指定通所介護事業所の機能訓練指導員等〔機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者〕が共同して利用者の身体状況等の評価及び個別機能訓練計画の作成を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 個別機能訓練計画に基づき、利用者の身体機能又は生活機能の向上を目的とする機能訓練の項目を準備し、機能訓練指導員等が、利用者の心身の状況に応じた機能訓練を適切に提供しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) (3)の評価に基づき、個別機能訓練計画の進捗状況等を3月ごとに1回以上評価し、利用者又はその家族に対し、機能訓練の内容と個別機能訓練計画の進捗状況等を説明し、必要に応じて訓練内容の見直し等を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) 理学療法士等は、機能訓練指導員等と共同で、3月ごとに1回以上、個別機能訓練の進捗状況等について評価した上で、機能訓練指導員等が利用者又はその家族(以下「利用者等」という。)に対して個別機能訓練計画の内容(評価を含む。)や進捗状況等を説明しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(7) 機能訓練に関する記録(実施時間、訓練内容、担当者等)は、利用者ごとに保管され、常に当該事業所の機能訓練指導員等により閲覧が可能であるようにしているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項目	内容	適	不適	非該当
11 生活機能向上連携加算(Ⅱ)	(1) 外部との連携により、利用者の身体の状況等の評価を行い、かつ、個別機能訓練計画を作成している場合に、1月につき加算しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 個別機能訓練加算を算定している場合は1月につき100単位を加算しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 指定訪問リハビリテーション事業所、指定通所リハビリテーション事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は医師（以下「理学療法士等」という。）が、当該指定通所介護事業所を訪問し、当該事業所の機能訓練指導員等〔機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者〕が共同して利用者の身体状況等の評価及び個別機能訓練計画の作成を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 個別機能訓練計画に基づき、利用者の身体機能又は生活機能の向上を目的とする機能訓練の項目を準備し、機能訓練指導員等が利用者の心身の状況に応じた機能訓練を適切に提供しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) (3)の評価に基づき、個別機能訓練計画の進捗状況等を3月ごとに1回以上評価し、利用者又はその家族に対し、機能訓練の内容と個別機能訓練計画の進捗状況等を説明し、必要に応じて訓練内容の見直し等を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) 理学療法士等は、3月ごとに1回以上指定通所介護事業所を訪問し、機能訓練指導員等と共同で個別機能訓練の進捗状況等について評価した上で、機能訓練指導員等が、利用者又はその家族に対して個別機能訓練計画の内容（評価を含む。）や進捗状況等を説明し記録するとともに、必要に応じて訓練内容の見直し等を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(7) 機能訓練に関する記録（実施時間、訓練内容、担当者等）は、利用者ごとに保管され、常に当該事業所の機能訓練指導員等により閲覧が可能であるようにしているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 個別機能訓練加算(Ⅰ)イ	(1) 専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師、はり師又はきゅう師（はり師及びきゅう師については、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師の資格を有する機能訓練指導員を配置した事業所で6月以上機能訓練指導に従事した経験を有する者に限る。）（以下「理学療法士等」という。）を1名以上配置しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 機能訓練指導員等〔機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者〕が共同して、利用者ごとに個別機能訓練計画を作成し、当該計画に基づき、理学療法士等が計画的に機能訓練を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 個別機能訓練計画の作成及び実施においては、利用者の身体機能及び生活機能の向上に資するよう複数の種類の機能訓練の項目を準備し、その項目の選択に当たっては、利用者の生活意欲が増進されるよう利用者を援助し、利用者の選択に基づき、心身の状況に応じた機能訓練を適切に行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 機能訓練指導員等が利用者の居宅を訪問し、利用者の居宅での生活状況を確認した上で、個別機能訓練計画を作成しているか。また、その後3月ごとに1回以上、利用者の居宅を訪問した上で、当該利用者の居宅における生活状況をその都度確認するとともに、当該利用者又はその家族に対して、個別機能訓練計画の進捗状況等を説明し、必要に応じて個別機能訓練計画の見直し等を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) 個別機能訓練加算(Ⅰ)ロを算定していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(7) 個別機能訓練に関する記録（個別機能訓練の目標、目標をふまえた訓練項目、訓練実施時間、個別機能訓練実施者等）は、利用者ごとに保管され、常に当該事業所の個別機能訓練従事者により閲覧が可能であるようにしているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(8) 個別機能訓練を開始した後は、個別機能訓練項目や訓練実施時間、個別機能訓練の効果（例えば当該利用者のADL及びIADLの改善状況）等について評価を行うほか、3月ごとに1回以上、利用者の居宅を訪問し、利用者の居宅での生活状況（起居動作、ADL、IADL等の状況）の確認を行い、利用者又はその家族（以下「利用者等」という。）に対して個別機能訓練の実施状況や個別機能訓練の効果等について説明し、記録しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項目	内 容	適	不適	非該当
13 個別機能訓練加算(Ⅰ)□	(1) 専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師、はり師又はきゅう師（はり師及びきゅう師については、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師の資格を有する機能訓練指導員を配置した事業所で6月以上機能訓練指導に従事した経験を有する者に限る。）（以下「理学療法士等」という。）を1名以上配置しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) (1)の規定により配置された理学療法士等に加えて、専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等を指定通所介護を行う時間帯を通じて1名以上配置しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 機能訓練指導員等〔機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者〕が共同して、利用者ごとに個別機能訓練計画を作成し、当該計画に基づき、理学療法士等が計画的に機能訓練を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 個別機能訓練計画の作成及び実施においては、利用者の身体機能及び生活機能の向上に資するよう複数の種類の機能訓練の項目を準備し、その項目の選択に当たっては、利用者の生活意欲が増進されるよう利用者を援助し、利用者の選択に基づき、心身の状況に応じた機能訓練を適切に行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 機能訓練指導員等が利用者の居宅を訪問し、利用者の居宅での生活状況を確認した上で、個別機能訓練計画を作成しているか。また、その後3月ごとに1回以上、利用者の居宅を訪問した上で、当該利用者の居宅における生活状況をその都度確認するとともに、当該利用者又はその家族に対して、個別機能訓練計画の進捗状況等を説明し、必要に応じて個別機能訓練計画の見直し等を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(7) 個別機能訓練加算(Ⅰ)イを算定していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(8) 個別機能訓練に関する記録（個別機能訓練の目標、目標をふまえた訓練項目、訓練実施時間、個別機能訓練実施者等）は、利用者ごとに保管され、常に当該事業所の個別機能訓練従事者により閲覧が可能であるようにしているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(9) 個別機能訓練を開始した後は、個別機能訓練項目や訓練実施時間、個別機能訓練の効果（例えば当該利用者のADL及びIADLの改善状況）等について評価を行うほか、3月ごとに1回以上、利用者の居宅を訪問し、利用者の居宅での生活状況（起居動作、ADL、IADL等の状況）の確認を行い、利用者又はその家族（以下「利用者等」という。）に対して個別機能訓練の実施状況や個別機能訓練の効果等について説明し、記録しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 個別機能訓練加算(Ⅱ)	(1) 個別機能訓練加算(Ⅰ)イの(1)から(5)又は個別機能訓練加算(Ⅰ)□の(1)から(6)に掲げる基準に適合しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 利用者ごとの個別機能訓練計画書の内容等の情報を厚生労働省に提出し、機能訓練の実施に当たって、当該情報その他機能訓練の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 厚生労働省への情報の提出については、「科学的介護情報システム（Long-term care Information system For Evidence）」（以下「LIFE」という。）を用いて行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 ADL維持等加算(Ⅰ)	(1) 利用者に対して指定通所介護を行った場合は、評価対象期間（ADL維持等加算の算定を開始する月の前年の同月から起算して12月までの期間）の満了日の属する月の翌月から12月以内の期間に限り算定しているか。ただし、ADL維持等加算(Ⅱ)は算定していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 評価対象者（当該事業所の利用期間（(3)において「評価対象利用期間」）が6月を超える者をいう。）の総数が10人以上であるか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 評価対象者全員について、評価対象利用期間の初月（以下「評価対象利用開始月」と、当該月の翌月から起算して6月目（6月目にサービスの利用がない場合については当該サービスの利用があった最終の月）においてADLを評価し、その評価に基づく値（以下「ADL値」）を測定し、測定した日が属する月ごとに厚生労働省に当該測定を提出しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 評価対象者の評価対象利用開始月の翌月から起算して6月目の月に測定したADL値から評価対象利用開始月に測定したADL値を控除して得た値を用いて一定の基準に基づき算出した値（以下「ADL利得」）の平均値が1以上であるか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 厚生労働省へのADL値の提出は、「科学的介護情報システム（LIFE）」を用いて行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項 目	内 容	適	不適	非該当																		
	<p>(6) ADL利得は、評価対象利用開始月の翌月から起算して6月目の月に測定したADL値から、評価対象利用開始月に測定したADL値を控除して得た値に、次の表の左欄に掲げる者に係る同表の中欄の評価対象利用開始月に測定したADL値に応じてそれぞれ同表の右欄に掲げる値を加えた値を平均して得た値としているか。</p> <table border="1" data-bbox="555 353 1281 636"> <tbody> <tr> <td data-bbox="555 353 798 495" rowspan="4">1 2以外の者</td> <td data-bbox="798 353 1161 387">ADL値が0以上25以下</td> <td data-bbox="1161 353 1281 387">1</td> </tr> <tr> <td data-bbox="798 387 1161 421">ADL値が30以上50以下</td> <td data-bbox="1161 387 1281 421">1</td> </tr> <tr> <td data-bbox="798 421 1161 454">ADL値が55以上75以下</td> <td data-bbox="1161 421 1281 454">2</td> </tr> <tr> <td data-bbox="798 454 1161 488">ADL値が80以上100以下</td> <td data-bbox="1161 454 1281 488">3</td> </tr> <tr> <td data-bbox="555 488 798 636" rowspan="4">2 評価対象利用開始月において、初回の要介護認定があった月から起算して12月以内である者</td> <td data-bbox="798 488 1161 521">ADL値が0以上25以下</td> <td data-bbox="1161 488 1281 521">0</td> </tr> <tr> <td data-bbox="798 521 1161 555">ADL値が30以上50以下</td> <td data-bbox="1161 521 1281 555">0</td> </tr> <tr> <td data-bbox="798 555 1161 589">ADL値が55以上75以下</td> <td data-bbox="1161 555 1281 589">1</td> </tr> <tr> <td data-bbox="798 589 1161 636">ADL値が80以上100以下</td> <td data-bbox="1161 589 1281 636">2</td> </tr> </tbody> </table>	1 2以外の者	ADL値が0以上25以下	1	ADL値が30以上50以下	1	ADL値が55以上75以下	2	ADL値が80以上100以下	3	2 評価対象利用開始月において、初回の要介護認定があった月から起算して12月以内である者	ADL値が0以上25以下	0	ADL値が30以上50以下	0	ADL値が55以上75以下	1	ADL値が80以上100以下	2	□	□	□
1 2以外の者	ADL値が0以上25以下		1																			
	ADL値が30以上50以下		1																			
	ADL値が55以上75以下		2																			
	ADL値が80以上100以下	3																				
2 評価対象利用開始月において、初回の要介護認定があった月から起算して12月以内である者	ADL値が0以上25以下	0																				
	ADL値が30以上50以下	0																				
	ADL値が55以上75以下	1																				
	ADL値が80以上100以下	2																				
16 ADL維持等加算(Ⅱ)	<p>(1) 利用者に対して指定通所介護を行った場合は、評価対象期間（ADL維持等加算の算定を開始する月の前年の同月から起算して12月までの期間）の満了日の属する月の翌月から12月以内の期間に限り算定しているか。ただし、ADL維持等加算（Ⅰ）は算定していないか。</p> <p>(2) 評価対象者（当該事業所の利用期間（3）において「評価対象利用期間」）が6月を超える者をいう。）の総数が10人以上であるか。</p> <p>(3) 評価対象者全員について、評価対象利用期間の初月（以下「評価対象利用開始月」）と、当該月の翌月から起算して6月目（6月目にサービスの利用がない場合については当該サービスの利用があった最終の月）においてADLを評価し、その評価に基づく値（以下「ADL値」）を測定し、測定した日が属する月ごとに厚生労働省に当該測定を提出しているか。</p> <p>(4) 評価対象者のADL利得の平均値が2以上であるか。</p> <p>(5) 厚生労働省へのADL値の提出は、「科学的介護情報システム（LIFE）」を用いて行っているか。</p> <p>(6) ADL利得は、評価対象利用開始月の翌月から起算して6月目の月に測定したADL値から、評価対象利用開始月に測定したADL値を控除して得た値に、次の表の左欄に掲げる者に係る同表の中欄の評価対象利用開始月に測定したADL値に応じてそれぞれ同表の右欄に掲げる値を加えた値を平均して得た値としているか。</p> <table border="1" data-bbox="555 1305 1281 1621"> <tbody> <tr> <td data-bbox="555 1305 798 1462" rowspan="4">1 2以外の者</td> <td data-bbox="798 1305 1161 1339">ADL値が0以上25以下</td> <td data-bbox="1161 1305 1281 1339">1</td> </tr> <tr> <td data-bbox="798 1339 1161 1373">ADL値が30以上50以下</td> <td data-bbox="1161 1339 1281 1373">1</td> </tr> <tr> <td data-bbox="798 1373 1161 1406">ADL値が55以上75以下</td> <td data-bbox="1161 1373 1281 1406">2</td> </tr> <tr> <td data-bbox="798 1406 1161 1440">ADL値が80以上100以下</td> <td data-bbox="1161 1406 1281 1440">3</td> </tr> <tr> <td data-bbox="555 1462 798 1621" rowspan="4">2 評価対象利用開始月において、初回の要介護認定があった月から起算して12月以内である者</td> <td data-bbox="798 1462 1161 1496">ADL値が0以上25以下</td> <td data-bbox="1161 1462 1281 1496">0</td> </tr> <tr> <td data-bbox="798 1496 1161 1529">ADL値が30以上50以下</td> <td data-bbox="1161 1496 1281 1529">0</td> </tr> <tr> <td data-bbox="798 1529 1161 1563">ADL値が55以上75以下</td> <td data-bbox="1161 1529 1281 1563">1</td> </tr> <tr> <td data-bbox="798 1563 1161 1621">ADL値が80以上100以下</td> <td data-bbox="1161 1563 1281 1621">2</td> </tr> </tbody> </table>	1 2以外の者	ADL値が0以上25以下	1	ADL値が30以上50以下	1	ADL値が55以上75以下	2	ADL値が80以上100以下	3	2 評価対象利用開始月において、初回の要介護認定があった月から起算して12月以内である者	ADL値が0以上25以下	0	ADL値が30以上50以下	0	ADL値が55以上75以下	1	ADL値が80以上100以下	2	□	□	□
1 2以外の者	ADL値が0以上25以下		1																			
	ADL値が30以上50以下		1																			
	ADL値が55以上75以下		2																			
	ADL値が80以上100以下	3																				
2 評価対象利用開始月において、初回の要介護認定があった月から起算して12月以内である者	ADL値が0以上25以下	0																				
	ADL値が30以上50以下	0																				
	ADL値が55以上75以下	1																				
	ADL値が80以上100以下	2																				
17 ADL維持等加算(Ⅲ)	<p>令和3年3月31日において改正前のADL維持等加算に係る届出を行っている事業所であって、改正後のADL維持等加算に係る届け出を行っていないものにおける改正前のADL維持等加算（Ⅰ）の算定については、令和5年3月31日までの間は、なお従前の例によることができる。この場合において、改正前の「ADL維持等加算（Ⅰ）」は「ADL維持等加算（Ⅲ）」と読み替える。</p>	□	□	□																		
18 認知症加算	<p>(1) 厚生労働大臣が定める利用者（日常生活に支障を来すおそれのある症状又は行動が認められることから介護を必要とする認知症の者）に対して指定通所介護を行った場合は、所定単位数を加算しているか。</p> <p style="text-align: center;">日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する利用者の確認方法 <input type="checkbox"/> 医師の判定結果 <input type="checkbox"/> 主治医意見書</p> <p>(2) 共生型通所介護を算定していないか。</p>	□	□	□																		

項目	内容	適	不適	非該当
	(3) 指定基準で配置すべき看護職員、介護職員に加え、看護職員又は介護職員を常勤換算方法で2以上確保しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 前年度又は算定日が属する月の前3月間の利用者の総数のうち、日常生活に支障を来すおそれのある症状又は行動が認められることから介護を必要とする認知症の者の占める割合が100分の20以上であるか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 指定通所介護を行う時間帯を通じて、専ら当該指定通所介護の提供に当たる認知症介護の指導に係る専門的な研修、認知症介護に係る専門的な研修又は認知症介護に係る実践的な研修等を修了した者を1名以上配置しているか。 氏名() <input type="checkbox"/> 認知症介護の指導に係る専門的な研修: 「認知症介護指導者養成研修」(年 月 日修了) 「認知症看護に係る適切な研修」(年 月 日修了) <input type="checkbox"/> 認知症介護に係る専門的な研修: 「認知症介護実践リーダー研修」(年 月 日修了) <input type="checkbox"/> 認知症介護に係る実践的な研修: 「認知症介護実践者研修」(年 月 日修了)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) 「日常生活に支障を来すおそれのある症状又は行動が認められることから介護を必要とする認知症の者」とは、日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する者を指すものとし、これらの者の割合については、前年度(3月を除く。)又は届出日の属する月の前3月の1月当たりの実績の平均について、利用実人員数又は利用延人員数を用いて算定するものとしているか。要支援者に関しては人員数には含めていないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 若年性認知症利用者受入加算	(1) 若年性認知症利用者(初老期における認知症によって要介護者又は要支援者となった者をいう。)に対して指定通所介護を行った場合に加算しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 認知症加算を算定している場合は、算定していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 受け入れた若年性認知症利用者ごとに個別の担当者を定めているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 栄養アセスメント加算	(1) 利用者に対して、管理栄養士が介護職員等と共同して栄養アセスメント(利用者ごとの低栄養状態のリスク及び解決すべき課題を把握することをいう。以下同じ。)を行った場合に加算しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 当該利用者が栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間及び当該栄養改善サービスが終了した日の属する月は、算定していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 当該事業所の従業者として又は外部との連携により管理栄養士を1名以上配置しているか。 当該事業所の職員として、又は外部(他の介護事業所(栄養アセスメント加算の対象事業所に限る。)、医療機関、介護保険施設(栄養マネジメント強化加算の算定要件として規定する員数を超えて管理栄養士を置いているもの又は常勤の管理栄養士を1名以上配置しているものに限る。))又は公益社団法人日本栄養士会若しくは都道府県栄養士会が設置し、運営する「栄養ケア・ステーション」との連携により、管理栄養士を1名以上配置して行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 利用者ごとに、管理栄養士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者(「管理栄養士等」という。)が共同して栄養アセスメントを実施し、当該利用者又はその家族に対してその結果を説明し、相談等に必要に応じ対応しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 利用者ごとの栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し、栄養管理の実施に当たって、当該情報その他栄養管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(7) 厚生労働省への情報の提出については、LIFEを用いて行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 栄養改善加算	(1) 低栄養状態にある利用者又はそのおそれのある利用者に対して、当該利用者の低栄養状態の改善等を目的として、個別的に実施される栄養食事相談等の栄養管理であって、利用者の心身の状態の維持又は向上に資すると認められるもの(以下「栄養改善サービス」という。)を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項目	内 容	適	不適	非該当
	(2) 3月以内の期間に限り1月に2回を限度として加算しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 栄養改善サービスの開始から3月ごとの利用者の栄養状態の評価の結果、低栄養状態が改善せず、栄養改善サービスを引き続き行うことが必要と認められる利用者については、引き続き算定しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 当該事業所の従業者として又は外部との連携により管理栄養士を1名以上配置しているか。 当該事業所の職員として、又は外部（他の介護事業所（栄養改善加算の対象事業所に限る。）、医療機関、介護保険施設（栄養マネジメント強化加算の算定要件として規定する員数を超過して管理栄養士を置いているもの又は常勤の管理栄養士を1名以上配置しているものに限る。）又は公益社団法人日本栄養士会若しくは都道府県栄養士会が設置し、運営する「栄養ケア・ステーション」）との連携により、管理栄養士を1名以上配置して行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 利用者の栄養状態を利用開始時に把握し、管理栄養士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者（以下「管理栄養士等」という。）が共同して、利用者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮した栄養ケア計画を作成しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) 利用者ごとの栄養ケア計画に従い、必要に応じて当該利用者の居宅を訪問し、管理栄養士等が栄養改善サービスを行っているとともに、利用者の栄養状態を定期的に記録しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(7) 利用者ごとの栄養ケア計画の進捗状況を定期的に評価しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(8) 利用者の栄養状態に応じて、定期的に、利用者の生活機能の状況を検討し、おおむね3月ごとに体重を測定する等により栄養状態の評価を行い、その結果を当該利用者を担当する介護支援専門員や主治の医師に対して情報提供しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(9) 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 口腔・栄養スクリーニング加算(I)	(1) 従業者が、利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態のスクリーニング又は栄養状態のスクリーニングを行った場合に加算しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)を算定していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 当該事業所以外で既に口腔・栄養スクリーニング加算を算定していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態について確認を行い、当該利用者の口腔の健康状態に関する情報（当該利用者の口腔の健康状態が低下しているおそれのある場合にあっては、その改善に必要な情報を含む。）を当該利用者を担当する介護支援専門員に提供しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の栄養状態について確認を行い、当該利用者の栄養状態に関する情報（当該利用者が低栄養状態の場合にあっては、低栄養状態の改善に必要な情報を含む。）を当該利用者を担当する介護支援専門員に提供しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) 算定日が属する月が、次に掲げる基準のいずれにも該当していないか。 <input type="checkbox"/> (一) 栄養アセスメント加算を算定している又は当該利用者が栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間である若しくは当該栄養改善サービスが終了した日の属する月であること。 <input type="checkbox"/> (二) 当該利用者が口腔機能向上加算の算定に係る口腔機能向上サービスを受けている間である又は当該口腔機能向上サービスが終了した日の属する月であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(7) 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	(1) 従業者が、利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態のスクリーニング又は栄養状態のスクリーニングを行った場合に加算しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)を算定していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項 目	内 容	適	不適	非該当
	(3) 当該事業所以外で既に口腔・栄養スクリーニング加算を算定していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) (5)または(6)のいずれかに適合しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 次に掲げる基準のいずれにも適合しているか。 <input type="checkbox"/> (一) 利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態について確認を行い、当該利用者の口腔の健康状態に関する情報（当該利用者の口腔の健康状態が低下しているおそれのある場合にあっては、その改善に必要な情報を含む。）を当該利用者を担当する介護支援専門員に提供していること。 <input type="checkbox"/> (二) 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。 <input type="checkbox"/> (三) 算定日が属する月が、栄養アセスメント加算を算定している又は当該利用者が栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間である若しくは当該栄養改善サービスが終了した日の属する月であること。 <input type="checkbox"/> (四) 算定日が属する月が、当該利用者が口腔機能向上加算の算定に係る口腔機能向上サービスを受けている間及び当該口腔機能向上サービスが終了した日の属する月ではないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) 次に掲げる基準のいずれにも適合しているか。 <input type="checkbox"/> (一) 利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の栄養状態について確認を行い、当該利用者の栄養状態に関する情報（当該利用者が低栄養状態の場合にあっては、低栄養状態の改善に必要な情報を含む。）を当該利用者を担当する介護支援専門員に提供していること。 <input type="checkbox"/> (二) 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。 <input type="checkbox"/> (三) 算定日が属する月が、栄養アセスメント加算を算定していない、かつ、当該利用者が栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間又は当該栄養改善サービスが終了した日の属する月ではないこと。 <input type="checkbox"/> (四) 算定日が属する月が、当該利用者が口腔機能向上加算の算定に係る口腔機能向上サービスを受けている間及び当該口腔機能向上サービスが終了した日の属する月であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24 口腔機能向上加算(Ⅰ)	(1) 口腔機能が低下している利用者又はそのおそれのある利用者に対して、当該利用者の口腔機能の向上を目的として、個別的に実施される口腔清掃の指導若しくは実施又は摂食・嚥下機能に関する訓練の指導若しくは実施であって、利用者の心身の状態の維持又は向上に資すると認められるもの（以下「口腔機能向上サービス」という。）を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 3月以内の期間に限り1月に2回を限度として加算しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 口腔機能向上加算(Ⅱ)を算定していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 歯科医療を受診している場合であって、次のイ又はロのいずれかに該当する場合にあっては、算定していないか。 <input type="checkbox"/> イ 医療保険において歯科診療報酬点数表に掲げる摂食機能療法を算定している場合 <input type="checkbox"/> ロ 医療保険において歯科診療報酬点数表に掲げる摂食機能療法を算定していない場合であって、介護保険の口腔機能向上サービスとして「摂食・嚥下機能に関する訓練の指導若しくは実施」を行っていない場合	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 口腔機能向上サービスの開始から3月ごとに利用者の口腔機能の評価の結果、口腔機能が向上せず、口腔機能向上サービスを引き続き行うことが必要と認められる利用者については、引き続き算定しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) 言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員を1名以上配置しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(7) 利用者の口腔機能を利用開始時に把握し、言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して、利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画を作成しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(8) 利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画に従い言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員が口腔機能向上サービスを行っているとともに、利用者の口腔機能を定期的に記録しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(9) 利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画の進捗状況を定期的に評価しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項目	内 容	適	不適	非該当
	(10) 利用者の口腔機能の状態に応じて、定期的に、利用者の生活機能の状況を検討し、おおむね3月ごとに口腔機能の状態の評価を行い、その結果について、当該利用者を担当する介護支援専門員や主治の医師、主治の歯科医師に対して情報提供しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(11) 定員超過・人員基準欠如に該当していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25 口腔機能向上加算(Ⅱ)	(1) 口腔機能が低下している利用者又はそのおそれのある利用者に対して、当該利用者の口腔機能の向上を目的として、個別的に実施される口腔清掃の指導若しくは実施又は摂食・嚥下機能に関する訓練の指導若しくは実施であって、利用者の心身の状態の維持又は向上に資すると認められるもの(以下「口腔機能向上サービス」という。)を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 3月以内の期間に限り1月に2回を限度として加算しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 口腔機能向上加算(Ⅰ)を算定していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 歯科医療を受診している場合であって、次のイ又はロのいずれかに該当する場合にあっては、算定していないか。 <input type="checkbox"/> イ 医療保険において歯科診療報酬点数表に掲げる摂食機能療法を算定している場合 <input type="checkbox"/> ロ 医療保険において歯科診療報酬点数表に掲げる摂食機能療法を算定していない場合であって、介護保険の口腔機能向上サービスとして「摂食・嚥下機能に関する訓練の指導若しくは実施」を行っていない場合	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 口腔機能向上サービスの開始から3月ごとに利用者の口腔機能の評価の結果、口腔機能が向上せず、口腔機能向上サービスを引き続き行うことが必要と認められる利用者については、引き続き算定しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) 言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員を1名以上配置しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(7) 利用者の口腔機能を利用開始時に把握し、言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して、利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画を作成しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(8) 利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画に従い言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員が口腔機能向上サービスを行っているとともに、利用者の口腔機能を定期的に記録しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(9) 利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画の進捗状況を定期的に評価しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(10) 利用者の口腔機能の状態に応じて、定期的に、利用者の生活機能の状況を検討し、おおむね3月ごとに口腔機能の状態の評価を行い、その結果について、当該利用者を担当する介護支援専門員や主治の医師、主治の歯科医師に対して情報提供しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(11) 定員超過・人員基準欠如に該当していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(12) 利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画等の内容等の情報を厚生労働省に提出し、口腔機能向上サービスの実施に当たって、当該情報その他口腔衛生の管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(13) 厚生労働省への情報の提出については、LIFEを用いて行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26 科学的介護推進体制加算	(1) 利用者ごとのADL値(ADLの評価に基づき測定した値をいう。以下同じ。)、栄養状態、口腔機能、認知症(法第5条の2第1項に規定する認知症をいう。以下同じ。)の状況その他の利用者の心身の状況等に係る基本的な情報を、厚生労働省に提出しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 必要に応じて通所介護計画を見直すなど、指定通所介護の提供に当たって、(1)に規定する情報その他指定通所介護を適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 情報の提出については、LIFEを用いて行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27 サービス種類相互の算定関係	利用者が短期入所生活介護、短期入所療養介護若しくは特定施設入居者生活介護又は小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護若しくは複合型サービスを受けている間は、通所介護費を算定していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項目	内 容	適	不適	非該当
28 同一建物に居住する利用者又は同一建物から通う利用者の減算について	指定通所介護事業所と同一建物に居住する者又は指定通所介護事業所と同一建物から当該指定通所介護事業所に通う者に対し、指定通所介護を行った場合は減算しているか。 ただし、傷病その他やむを得ない事情により送迎が必要であると認められる利用者に対して送迎を行った場合は、この限りでない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29 送迎を行わない場合の減算について	(1) 利用者に対して、その居宅と指定通所介護事業所との間の送迎を行わない場合は、片道につき減算しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 利用者が自ら指定通所介護事業所に通う場合、利用者の家族等が指定通所介護事業所への送迎を行う場合など、当該指定通所介護事業所の従業者が利用者の居宅と指定通所介護事業所との間の送迎を実施していない場合は、片道につき減算の対象としているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 同一建物減算の対象となっている場合には、当該減算の対象としていないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 通所介護計画に送迎が往復か片道かについて位置づけをしているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 宿泊サービスを受けた利用者に対し、適切に減算を行っているか。(初日と最終日の片道が減算対象)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30 サービス提供体制強化加算(I)	(1) 次のいずれかに適合しているか。 <input type="checkbox"/> (一) 指定通所介護事業所の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の70以上であること。 <input type="checkbox"/> (二) 指定通所介護事業所の介護職員の総数のうち、勤続年数10年以上の介護福祉士の占める割合が100分の25以上であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 加算を算定する根拠資料が作成されているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31 サービス提供体制強化加算(II)	(1) 指定通所介護事業所の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の50以上であるか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 加算を算定する根拠資料が作成されているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32 サービス提供体制強化加算(III)	(1) 次のいずれかに適合しているか。 <input type="checkbox"/> (一) 指定通所介護事業所の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の40以上であること。 <input type="checkbox"/> (二) 指定通所介護を利用者に直接提供する職員の総数のうち、勤続年数7年以上の者の占める割合が100分の30以上であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 加算を算定する根拠資料が作成されているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33 介護職員処遇改善加算(I)	(1) 介護職員の賃金(退職手当を除く。)の改善に要する費用見込額が、介護職員処遇改善加算の算定見込額を上回る賃金改善に関する計画を策定し、当該計画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"/>
	(2) 事業所において、(1)の賃金改善に関する計画、当該計画に係る実施期間及び実施方法その他の介護職員の処遇改善の計画等を記載した介護職員処遇改善計画書を作成し、全ての介護職員に周知し、市長に届け出ているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 介護職員処遇改善加算の算定額に相当する賃金改善を実施しているか。ただし、経営の悪化等により事業の継続が困難な場合、当該事業の継続を図るために介護職員の賃金水準(本加算による賃金改善分を除く。)を見直すことはやむを得ないが、その内容について市長に届け出ているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 当該事業所において、事業年度ごとに介護職員の処遇改善に関する実績を市長に報告しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 算定日が属する月の前12月間において、労働基準法、労働者災害補償保険法、最低賃金法、労働安全衛生法、雇用保険法その他の労働に関する法令に違反し、罰金以上の刑に処せられていないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) 事業所において、労働保険料の納付が適正に行われているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項 目	内 容	適	不適	非該当
	<p>(7) 次に掲げる基準のいずれにも適合しているか。</p> <p><input type="checkbox"/> (一) 介護職員の任用の際における職責又は職務内容等の要件（介護職員の賃金に関するものを含む。）を定めているか。</p> <p><input type="checkbox"/> (二) (一)の要件について書面をもって作成し、全ての介護職員に周知しているか。</p> <p><input type="checkbox"/> (三) 介護職員の資質の向上の支援に関する計画を策定し、当該計画に係る研修の実施又は研修の機会を確保しているか。</p> <p><input type="checkbox"/> (四) (三)について全ての介護職員に周知しているか。</p> <p><input type="checkbox"/> (五) 介護職員の経験若しくは資格等に応じて昇給する仕組み又は一定の基準に基づき定期的に昇給を判定する仕組みを設けているか。</p> <p><input type="checkbox"/> (六) (五)について書面をもって作成し、全ての介護職員に周知しているか。</p> <p>(8) (2)の届出に係る計画の期間中に実施する介護職員の処遇改善の内容（賃金改善に関するものを除く。）及び当該介護職員の処遇改善に要する費用の見込額を全ての職員に周知しているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34 介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	<p>(1) 介護職員の賃金（退職手当を除く。）の改善に要する費用見込額が、介護職員処遇改善加算の算定見込額を上回る賃金改善に関する計画を策定し、当該計画に基づき適切な措置を講じているか。</p> <p>(2) 事業所において、(1)の賃金改善に関する計画、当該計画に係る実施期間及び実施方法その他の介護職員の処遇改善の計画等を記載した介護職員処遇改善計画書を作成し、全ての介護職員に周知し、市長に届け出ているか。</p> <p>(3) 介護職員処遇改善加算の算定額に相当する賃金改善を実施しているか。ただし、経営の悪化等により事業の継続が困難な場合、当該事業の継続を図るために介護職員の賃金水準（本加算による賃金改善分を除く。）を見直すことはやむを得ないが、その内容について市長に届け出ているか。</p> <p>(4) 事業所において、事業年度ごとに介護職員の処遇改善に関する実績を市長に報告しているか。</p> <p>(5) 算定日が属する月の前12月間において、労働基準法、労働者災害補償保険法、最低賃金法、労働安全衛生法、雇用保険法その他の労働に関する法令に違反し、罰金以上の刑に処されていないか。</p> <p>(6) 事業所において、労働保険料の納付が適正に行われているか。</p> <p>(7) 次に掲げる基準のいずれにも適合しているか。</p> <p><input type="checkbox"/> (一) 介護職員の任用の際における職責又は職務内容等の要件（介護職員の賃金に関するものを含む。）を定めているか。</p> <p><input type="checkbox"/> (二) (一)の要件について書面をもって作成し、全ての介護職員に周知しているか。</p> <p><input type="checkbox"/> (三) 介護職員の資質の向上の支援に関する計画を策定し、当該計画に係る研修の実施又は研修の機会を確保しているか。</p> <p><input type="checkbox"/> (四) (三)について全ての介護職員に周知しているか。</p> <p>(8) (2)の届出に係る計画の期間中に実施する介護職員の処遇改善の内容（賃金改善に関するものを除く。）及び当該介護職員の処遇改善に要する費用の見込額を全ての職員に周知しているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35 介護職員処遇改善加算(Ⅲ)	<p>(1) 介護職員の賃金（退職手当を除く。）の改善に要する費用見込額が、介護職員処遇改善加算の算定見込額を上回る賃金改善に関する計画を策定し、当該計画に基づき適切な措置を講じているか。</p> <p>(2) 事業所において、(1)の賃金改善に関する計画、当該計画に係る実施期間及び実施方法その他の介護職員の処遇改善の計画等を記載した介護職員処遇改善計画書を作成し、全ての介護職員に周知し、市長に届け出ているか。</p> <p>(3) 介護職員処遇改善加算の算定額に相当する賃金改善を実施しているか。ただし、経営の悪化等により事業の継続が困難な場合、当該事業の継続を図るために介護職員の賃金水準（本加算による賃金改善分を除く。）を見直すことはやむを得ないが、その内容について市長に届け出ているか。</p> <p>(4) 事業所において、事業年度ごとに介護職員の処遇改善に関する実績を市長に報告しているか。</p> <p>(5) 算定日が属する月の前12月間において、労働基準法、労働者災害補償保険法、最低賃金法、労働安全衛生法、雇用保険法その他の労働に関する法令に違反し、罰金以上の刑に処されていないか。</p> <p>(6) 事業所において、労働保険料の納付が適正に行われているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項 目	内 容	適	不適	非該当
	<p>(7) 次に掲げる基準のいずれかに適合しているか。</p> <p>□ (一) 【キャリアパス要件Ⅰ】 次に掲げる要件の全てに適合しているか。</p> <p>□ a 介護職員の任用の際における職責又は職務内容等の要件（介護職員の賃金に関するものを含む。）を定めているか。</p> <p>□ b aの要件について書面をもって作成し、全ての介護職員に周知しているか。</p> <p>□ (二) 【キャリアパス要件Ⅱ】 次に掲げる要件の全てに適合しているか。</p> <p>□ a 介護職員の資質の向上の支援に関する計画を策定し、当該計画に係る研修の実施又は研修の機会を確保しているか。</p> <p>□ b aについて、全ての介護職員に周知しているか。</p> <p>(8) (2)の届出に係る計画の期間中に実施する介護職員の処遇改善の内容（賃金改善に関するものを除く。）及び当該介護職員の処遇改善に要する費用の見込額を全ての職員に周知しているか。</p>	□	□	□
36 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)	<p>(1) 介護職員その他の職員の賃金改善について、次に掲げるいずれにも適合し、かつ、賃金改善に要する費用の見込額が介護職員等特定処遇改善加算の算定見込額を上回る賃金改善に関する計画を策定し、当該計画に基づき適切な措置を講じているか。</p> <p>□ (一) 経験・技能のある介護職員のうち1人は、賃金改善に要する費用の見込額が月額8万円以上又は賃金改善後の賃金の見込額が年額440万円以上であるか。ただし、介護職員等特定処遇改善加算の算定見込額が少額であることその他の理由により、当該賃金改善が困難である場合はこの限りでないこと。</p> <p>□ (二) 事業所における経験・技能のある介護職員の賃金改善に要する費用の見込額の平均が、介護職員（経験・技能のある介護職員を除く。）の賃金改善に要する費用の見込額の平均を上回っているか。</p> <p>□ (三) 介護職員（経験・技能のある介護職員を除く。）の賃金改善に要する費用の見込額の平均が、介護職員以外の職員の賃金改善に要する費用の見込額の平均の2倍以上であるか。ただし、介護職員以外の職員の平均賃金額が介護職員（経験・技能のある介護職員を除く。）の平均賃金額を上回らない場合はその限りでないこと。</p> <p>□ (四) 介護職員以外の職員の賃金改善後の賃金の見込額が年額440万円を上回っていないか。</p> <p>(2) 事業所において、賃金改善に関する計画、当該計画に係る実施期間及び実施方法その他の当該事業所の職員の処遇改善の計画等を記載した介護職員等特定処遇改善計画書を作成し、全ての職員に周知し、市長に届け出ているか。</p> <p>□ (3) 介護職員等特定処遇改善加算の算定額に相当する賃金改善を実施しているか。ただし、経営の悪化等により事業の継続が困難な場合、当該事業の継続を図るために当該事業所の職員の賃金水準（本加算による賃金改善分を除く。）を見直すことはやむを得ないが、その内容について市長に届け出ているか。</p> <p>□ (4) 事業所において、事業年度ごとに当該事業所の職員の処遇改善に関する実績を市長に報告しているか。</p> <p>□ (5) 通所介護費におけるサービス提供体制強化加算(Ⅰ)又は(Ⅱ)のいずれかを届け出ているか。</p> <p>□ (6) 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)から(Ⅲ)までのいずれかを算定しているか。</p> <p>□ (7) (2)の届出に係る計画の期間中に実施する職員の処遇改善の内容（賃金改善に関するものを除く。以下同じ。）及び当該職員の処遇改善に要する費用の見込額を全ての職員に周知しているか。</p> <p>□ (8) (7)の処遇改善の内容等について、インターネットの利用その他の適切な方法により公表しているか。</p>	□	□	□
37 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)	<p>(1) 介護職員その他の職員の賃金改善について、次に掲げるいずれにも適合し、かつ、賃金改善に要する費用の見込額が介護職員等特定処遇改善加算の算定見込額を上回る賃金改善に関する計画を策定し、当該計画に基づき適切な措置を講じているか。</p>	□	□	□

項目	内 容	適	不適	非該当
	(一) 経験・技能のある介護職員のうち1人は、賃金改善に要する費用の見込額が月額8万円以上又は賃金改善後の賃金の見込額が年額440万円以上であるか。ただし、介護職員等特定処遇改善加算の算定見込額が少額であることその他の理由により、当該賃金改善が困難である場合はこの限りでないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(二) 事業所における経験・技能のある介護職員の賃金改善に要する費用の見込額の平均が、介護職員(経験・技能のある介護職員を除く。)の賃金改善に要する費用の見込額の平均を上回っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(三) 介護職員(経験・技能のある介護職員を除く。)の賃金改善に要する費用の見込額の平均が、介護職員以外の職員の賃金改善に要する費用の見込額の平均の2倍以上であるか。ただし、介護職員以外の職員の平均賃金額が介護職員(経験・技能のある介護職員を除く。)の平均賃金額を上回らない場合はその限りでないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(四) 介護職員以外の職員の賃金改善後の賃金の見込額が年額440万円を上回っていないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 事業所において、賃金改善に関する計画、当該計画に係る実施期間及び実施方法その他の当該事業所の職員の処遇改善の計画等を記載した介護職員等特定処遇改善計画書を作成し、全ての職員に周知し、市長に届け出ているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 介護職員等特定処遇改善加算の算定額に相当する賃金改善を実施しているか。ただし、経営の悪化等により事業の継続が困難な場合、当該事業の継続を図るために当該事業所の職員の賃金水準(本加算による賃金改善分を除く。)を見直すことはやむを得ないが、その内容について市長に届け出ているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 事業所において、事業年度ごとに当該事業所の職員の処遇改善に関する実績を市長に報告しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)から(Ⅲ)までのいずれかを算定しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) (2)の届出に係る計画の期間中に実施する職員の処遇改善の内容(賃金改善に関するものを除く。以下同じ。)及び当該職員の処遇改善に要する費用の見込額を全ての職員に周知しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(7) (6)の処遇改善の内容等について、インターネットの利用その他の適切な方法により公表しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38 介護職員等ベースアップ等支援加算	(1) 介護職員その他の職員の賃金改善について、賃金改善に要する費用の見込額が介護職員等ベースアップ等支援加算の算定見込額を上回り、かつ、介護職員及びその他の職員のそれぞれについて賃金改善に要する費用の見込額の3分の2以上を基本給又は決まって毎月支払われる手当に充てる賃金改善に関する計画を策定し、当該計画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"/>
	(2) 指定通所介護事業所において、賃金改善に関する計画、当該計画に係る実施期間及び実施方法その他の当該事業所の職員の処遇改善の計画等を記載した介護職員等ベースアップ等支援計画書を作成し、全ての職員に周知し、市長に届け出ているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 介護職員等ベースアップ等支援加算の算定額に相当する賃金改善を実施しているか。 ただし、経営の悪化等により事業の継続が困難な場合、当該事業の継続を図るために当該事業所の職員の賃金水準(本加算による賃金改善分を除く。)を見直すことはやむを得ないが、その内容について市長に届け出ていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 当該指定通所介護事業所において、事業年度ごとに当該事業所の職員の処遇改善に関する実績を市長に報告しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 通所介護費における介護職員処遇改善加算(Ⅰ)から(Ⅲ)までのいずれかを算定しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) (2)の届出に係る計画の期間中に実施する職員の処遇改善に要する費用の見込額を全ての職員に周知しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

第7-2 (通所介護相当サービス事業所介護費関係)

項目	内 容	適	不適	非該当
----	-----	---	----	-----

項目	内 容	適	不適	非該当
1 通所介護相当サービス費(Ⅰ)	要支援1である者に対して、通所介護相当サービスを行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 通所介護相当サービス費(Ⅱ)	要支援2である者に対して、通所介護相当サービスを行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 サービス種類相互の算定関係	(1) 利用者が介護予防短期入所生活介護、介護予防短期入所療養介護、介護予防特定施設入居者生活介護、介護予防小規模多機能型居宅介護、介護予防認知症対応型共同生活介護、共生型通所介護相当サービス又は通所型サービスAを受けている間は、通所介護相当サービス費を算定していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 利用者が一の事業所において通所介護相当サービスを受けている間は、当該事業所以外の通所介護相当サービス事業所が通所介護相当サービスを行った場合に、通所介護相当サービス費を算定していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 同一建物に居住する利用者又は同一建物から通う利用者の減算	通所介護相当サービス事業所と同一建物に居住する者又は通所介護相当サービス事業所と同一建物から当該通所介護相当サービス事業所に通う者に対し、通所介護相当サービスを行った場合は、減算しているか。 ただし、傷病により一時的に送迎が必要であると認められる利用者について送迎を行った場合については、例外的に減算対象とならない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 定員超過利用に該当する場合の所定単位数の算定	利用者数が市長に提出した運営規程に定められている利用定員を超える場合は、所定単位数に70/100を乗じているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 人員基準欠如に該当する場合の所定単位数の算定	看護職員又は介護職員の員数が基準に満たない場合は、所定単位数に70/100を乗じているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 生活機能向上グループ活動加算	(1) 利用者の生活機能の向上を目的として共通の課題を有する複数の利用者からなるグループに対して実施される日常生活上での支援のための活動を行った場合に算定しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 同月中に利用者に対し、運動器機能向上加算、栄養改善加算、口腔機能向上加算又は選択的サービス複数実施加算のいずれかを算定している場合は、算定していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 生活相談員、看護職員、介護職員、機能訓練指導員(理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師の資格を有する機能訓練指導員を配置した事業所で6月以上勤務し、機能訓練指導に従事した経験を有するはり師又はきゅう師を含む。)その他事業所の従業者が共同して、利用者ごとに生活機能の向上の目標を設定した通所介護相当サービス計画を作成しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 通所介護相当サービス計画の作成及び実施において利用者の生活機能の向上に資するよう複数の種類の生活機能向上グループ活動サービスの項目を準備し、その項目の選択に当たっては、利用者の生活意欲が増進されるよう利用者を援助し、利用者の心身の状況に応じた生活機能向上グループ活動サービスを適切に提供しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 利用者に対し、生活機能向上グループ活動サービスを1週につき1回以上行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) 当該サービスを実施した日ごとに、実施時間、実施内容、参加した利用者の人数及び氏名等を記録しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 運動器機能向上加算	(1) 利用者の運動器の機能向上を目的として個別的に実施される機能訓練であって、利用者の心身の状態の維持又は向上に資すると認められるものを行った場合に加算しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師、はり師又はきゅう師(はり師及びきゅう師については、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師の資格を有する機能訓練指導員を配置した事業所で6月以上勤務し、機能訓練指導に従事した経験に有する者に限る。)(以下「理学療法士等」という。))を1名以上配置しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 利用者の運動器の機能を利用開始時に把握し、理学療法士等、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して、運動器機能向上計画を作成しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 利用者ごとの運動器機能向上計画に従い理学療法士等、介護職員その他の職種の者が運動器機能向上サービスを行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 利用者の運動器の機能を定期的に記録しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項 目	内 容	適	不適	非該当
	(6) 利用者ごとの運動器機能向上計画の進捗状況を定期的に評価しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(7) 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(8) 運動器機能向上計画に定める実施期間終了後に、利用者ごとに、長期目標の達成度及び運動器の機能の状況について、事後アセスメントを実施し、その結果を当該利用者に係る地域包括支援センター等に報告をしているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 若年性認知症利用者受入加算	指定通所介護事業所における事業と同様に適切に行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 栄養アセスメント加算	指定通所介護事業所における事業と同様に適切に行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 栄養改善加算	指定通所介護事業所における事業と同様に適切に行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 口腔機能向上加算(Ⅰ) (Ⅱ)	指定通所介護事業所における事業と同様に適切に行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 選択的サービス複数実施加算(Ⅰ)	(1) 利用者に対し、運動器機能向上サービス、栄養改善サービス又は口腔機能向上サービスのうち複数のサービスを実施した場合に算定しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 運動器機能向上サービス、栄養改善サービス又は口腔機能向上サービス(以下「選択的サービス」)のうち、2種類のサービスを実施しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 運動器機能向上加算、栄養改善加算又は口腔機能向上加算を算定していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 利用者が通所介護相当サービスの提供を受けた日において、当該利用者に対し、選択的サービスを行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 利用者に対し、選択的サービスのうちいずれかのサービスを1月のうち2回以上行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 選択的サービス複数実施加算(Ⅱ)	(1) 利用者に対し、運動器機能向上サービス、栄養改善サービス又は口腔機能向上サービスのうち複数のサービスを実施した場合に算定しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 利用者に対し、運動器機能向上サービス、栄養改善サービス又は口腔機能向上サービス(以下「選択的サービス」)のうち3種類のサービスを実施しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) ただし、運動器機能向上加算、栄養改善加算又は口腔機能向上加算を算定していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 利用者が通所介護相当サービスの提供を受けた日において、当該利用者に対し、選択的サービスを行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 利用者に対し、選択的サービスのうちいずれかのサービスを1月のうち2回以上行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 事業所評価加算	(1) 評価対象期間(加算を算定する年度の初日の属する年の前年の1月から12月までの期間(運動器機能向上加算若しくは栄養改善加算又は口腔機能向上加算の基準に適合しているものとして市長に届け出た年においては、届出の日から同年12月までの期間)をいう。)の満了日の属する年度の次の年度内に限り加算しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 定員利用・人員基準に適合しているものとして市に届け出て選択的サービスを行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 評価対象期間における通所介護相当サービス事業所の利用実人員が10名以上であるか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 以下の算定式で計算しているか。 $\frac{\text{評価対象期間内に選択的サービスを利用した者の数}}{\text{評価対象期間内に通所介護相当サービスを利用した者の数}} \geq 0.6$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 以下の算定式で計算しているか。 $\frac{\text{要支援状態区分の維持者数} + \text{改善者数} \times 2}{\text{評価対象期間内に運動器機能向上サービス、栄養改善サービス又は口腔機能向上サービスを3月以上利用し、その後に更新・変更認定を受けた者の数}} \geq 0.7$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 サービス提供体制強化加算(Ⅰ)～(Ⅲ)	指定通所介護事業所における事業と同様に適切に行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項目	内 容	適	不適	非該当
17 生活機能向上連携加算 (Ⅰ)(Ⅱ)	指定通所介護事業所における事業と同様に適切に行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 口腔・栄養スクリーニング 加算(Ⅰ)(Ⅱ)	指定通所介護事業所における事業と同様に適切に行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 科学的介護推進体制加算	指定通所介護事業所における事業と同様に適切に行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 介護職員処遇改善加算 (Ⅰ)～(Ⅲ)	指定通所介護事業所における事業と同様に適切に行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 介護職員等特定処遇改善加算 (Ⅰ)(Ⅱ)	指定通所介護事業所における事業と同様に適切に行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 介護職員等ベースアップ等 支援加算	指定通所介護事業所における事業と同様に適切に行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

第7-3 (通所型サービスA事業所介護費関係)

項目	内 容	適	不適	非該当
1 通所型サービスA費(Ⅰ) 【3時間未満】	(1) 事業対象者及び要支援1である者に対して、週に1回(月4回まで)通所型サービスAを行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 事業対象者及び要支援1である者に対して、週に1回(月4回超)通所型サービスAを行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 要支援2である者に対して、週に2回(月8回まで)通所型サービスAを行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 要支援2である者に対して、週に2回(月8回超)通所型サービスAを行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 通所型サービスA費(Ⅱ) 【3時間以上】	(1) 事業対象者及び要支援1である者に対して、週に1回(月4回まで)通所型サービスAを行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 事業対象者及び要支援1である者に対して、週に1回(月4回超)通所型サービスAを行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 要支援2である者に対して、週に2回(月8回まで)通所型サービスAを行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 要支援2である者に対して、週に2回(月8回超)通所型サービスAを行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 サービス種類相互の算定関係	通所介護相当サービスにおける事業と同様に適切に行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 同一建物に居住する利用者又は同一建物から通う利用者の減算	通所介護相当サービスにおける事業と同様に適切に行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 定員超過利用及び人員基準欠如に該当する場合の所定単位数の算定	利用者数が利用定員を超える場合又は従事者の員数が基準に満たない場合は所定単位数に70/100を乗じているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 軽度化加算	介護度が軽度化(要支援2から要支援1もしくは要介護要支援認定非該当(事業対象者含む)、要支援1から要介護要支援認定非該当(事業対象者除く))した場合、単位数に利用月数(12月上限)を乗じて得た単位数を軽度化前最終利用月に算定しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 自立支援促進体制加算	(1) 介護予防に資するプログラムを実施しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 利用者にとどのような運動機能の向上・改善が見込まれるかを具体的に届出しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 利用者の人数に対するスタッフの配置数、利用者に対する実施頻度等を届出しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 定期的な効果測定の実施及びその経過記録を整備し、市から求めがあった場合は、当該測定結果を提示しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 取り組み内容について利用者の説明し、取り組み内容について説明を受けたことを証する書類(重要事項説明書等)を保管しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項目	内 容	適	不適	非該当
8 サービス提供体制強化加算 (I)	(1)【基準】 次のいずれかに適合しているか。 <input type="checkbox"/> (一) 指定通所型サービスA事業所の通所型従事者の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の70以上であること。 <input type="checkbox"/> (二) 指定通所型サービスA事業所の通所型従事者の総数のうち、勤続年数10年以上の介護福祉士の占める割合が100分の25以上であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2)【基準】 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3)【その他】 加算を算定する根拠資料が作成されているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 サービス提供体制強化加算 (II)	(1)【基準】 指定通所型サービスA事業所の通所型従事者の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の50以上であるか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2)【基準】 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3)【その他】 加算を算定する根拠資料が作成されているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 サービス提供体制強化加算 (III)	(1)【基準】 次のいずれかに適合しているか。 <input type="checkbox"/> (一) 指定通所型サービスA事業所の通所型従事者の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の40以上であること。 <input type="checkbox"/> (二) 指定通所型サービスAを利用者に直接提供する職員の総数のうち、勤続年数7年以上の者の占める割合が100分の30以上であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2)【基準】 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3)【その他】 加算を算定する根拠資料が作成されているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 介護職員処遇改善加算 (I)～(III)	通所介護相当サービスにおける事業と同様に適切に行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 介護職員等特定処遇改善加算 (I)(II)	通所介護相当サービスにおける事業と同様に適切に行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 介護職員等ベースアップ等 支援加算	通所介護相当サービスにおける事業と同様に適切に行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>