

## 地域密着型通所介護（総合事業）事業者自主点検表

記入年月日	年 月 日										(令和2年度版)	
法人名												
介護保険事業所番号												地域密着型通所介護・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	—	—							

## 自主点検表記載にあたっての留意事項

- ・ 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」にチェックしてください。
- ・ 内容欄の項目について、□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記入してください。

## I（基本方針）

項目	内 容	適	不適	非該当
1 基本方針 【通所介護】	指定地域密着型サービスに該当する地域密着型通所介護（以下「指定地域密着型通所介護」という。）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】	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すものとなっているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
【サービスA】	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"/>

## II（人員に関する基準）

項目	内 容	適	不適	非該当
1. 地域密着型通所介護 従業者【通所介護・相当サービス】	複数単位でサービス提供を行っている場合は、下記の場合であるか。			
生活相談員	(1) 指定地域密着型通所介護の提供日ごとに、当該指定地域密着型通所介護を提供している時間帯に生活相談員（専ら当該指定地域密着型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地域密着型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を1以上確保しているか。  (確保すべき生活相談員の勤務延時間数の計算式) 提供日ごとに確保すべき勤務延時間数＝提供時間数	<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	(1) 指定地域密着型通所介護の単位ごとに、専ら当該指定地域密着型通所介護の提供に当たる看護職員が1以上確保されているか。	<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) 提供時間帯を通じて専従する必要はないが、当該看護職員は提供時間帯を通じて指定地域密着型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"/>

	(4) 病院、診療所、訪問看護ステーションとの連携により、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場合には、看護職員が確保されているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 「密接かつ適切な連携」とは、指定地域密着型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	(1) 指定地域密着型通所介護の単位ごとに、当該指定地域密着型通所介護を提供している時間帯に専ら当該地域密着型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) 介護職員は、利用者の処遇に支障がない場合は、他の指定地域密着型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が、実際に行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 指定地域密着型通所介護の単位は、指定地域密着型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るものであるが、実際に行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
機能訓練指導員	(1) 1以上配置されているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 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ているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 資格は適正であるか。 (理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護師、准看護師、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	(1) 指定地域密着型通所介護事業所の利用定員が10人以下である場合にあっては、看護職員及び介護職員の員数を、指定地域密着型通所介護の単位ごとに、当該指定地域密着型通所介護を提供している時間帯に看護職員又は介護職員（いずれも専ら当該指定地域密着型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提供単位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しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 事業者は、指定地域密着型通所介護の単位ごとに、介護職員（前項の適用を受ける場合にあっては、看護職員又は介護職員）を、常時1人以上当該指定地域密着型通所介護に従事させているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 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	指定地域密着型通所介護事業者が当該第一号通所事業に係る指定事業者の指定を併せて受け、かつ、指定地域密着型通所介護の事業と当該第一号通所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	(1) 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) ただし、当該指定地域密着型通所介護事業所の管理上支障がない場合は、当該指定地域密着型通所介護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が、管理に支障がないか。	<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業者の員数は、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指定通所型サービスA従業者を配置しているか。	<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っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Ⅲ (設備に関する基準)

項目	内 容	適	不適	非該当
1 設備及び備品等	(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) 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地域密着型通所介護の提供に必要なその他の設備及び備品を備えているか。	<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、消火器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 ア 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平方メートルに利用定員を乗じて得た面積以上としているか。 イ アの規定にかかわらず、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することができ、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つては、同一の場所とすることとしているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 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に配慮されているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) 指定地域密着型通所介護の専用区画は、専ら当該指定地域密着型通所介護の事業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地域密着型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"/>
	(7) 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"/>
	(8) 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・トイレ内に洗剤等を放置していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(9) 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"/>
指定地域密着型通所介護事業所の設備を利用し、夜間及び深夜に指定地域密着型通所介護以外のサービス(以下「宿泊サービス」という。)を提供する場合には、当該サービスの内容を当該サービスの提供の開始前に当該指定地域密着型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"/>	
2 設備に関する基準のみなし規定	指定地域密着型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、指定地域密着型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"/>

## Ⅳ-1 (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) サービスの提供開始に際し、あらかじめ、利用申込者又はその家族に対し、重要事項を記載した文書(重要事項説明書)を交付して説明を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) サービス提供の開始にあたって利用申込者の同意を得ているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 重要事項説明書には、利用申込者がサービスを選択するために重要な事項を記載しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 重要事項説明書には、次の事項が記載されているか。 <input type="checkbox"/> 運営規程の概要(19 運営規程の項目を参照) <input type="checkbox"/> 地域密着型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 <input type="checkbox"/> 身体的拘束の原則的禁止 <input type="checkbox"/> 虐待防止措置	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 提供拒否の禁止	正当な理由なく、指定地域密着型通所介護の提供を拒んでいないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3 サービス提供困難時の対応	通常の事業の実施地域等を勘察し、利用申込者に対し自ら適切な指定地域密着型通所介護を提供することが困難であると認められた場合は、当該利用申込者に係る指定居宅介護支援事業者等への連絡、適当な他の地域密着型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	(1) 指定地域密着型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。 (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。 (3) 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、指定地域密着型通所介護を提供するように努めているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 要介護認定の申請に係る援助	(1) 地域密着型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。 (2) 指定居宅介護支援が利用者に対して行われていない等の場合であって必要と認めるときは、要介護認定の更新の申請が、遅くとも当該利用者が受けている要介護認定の有効期間が終了する日の30日前までに行われるよう、必要な援助を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 心身の状況等の把握	利用者に係る指定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	(1) 指定地域密着型通所介護を提供するに当たっては、指定居宅介護支援事業者その他保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めているか。 (2) 指定地域密着型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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 法定代理受領サービスを受けるための援助	指定地域密着型通所介護の提供の開始に際し、利用申込者が介護保険法施行規則第65条の4各号のいずれにも該当しないときは、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指定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、指定地域密着型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し、指定居宅介護支援事業者に関する情報を提供し、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	居宅サービス計画が作成されている場合は、当該居宅サービス計画に沿った指定地域密着型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	利用者が居宅サービス計画の変更を希望する場合は、当該利用者に係る指定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"/>
11 サービスの提供の記録	(1) 指定地域密着型通所介護を提供した際には、当該指定地域密着型通所介護の提供日及び内容、当該指定地域密着型通所介護について利用者に代わって支払を受ける地域密着型介護サービス費の額その他必要な事項を、利用者の居宅サービス計画を記載した書面又はこれに準ずる書面に記載しているか。 (2) 地域密着型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地域密着型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、当該指定地域密着型通所介護に係る地域密着型介護サービス費用基準額から当該事業者を支払われる地域密着型介護サービス費の額を控除して得た額の支払を受けているか。 (2) 法定代理受領サービスに該当しない地域密着型通所介護を提供した場合の利用料と地域密着型介護サービス費用基準額との間に、不合理な差額を生じさせていないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	<p>(3) 前2項利用料のほかには、次のに掲げる費用の額以外の支払を受けていないか。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><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</li> <li><input type="checkbox"/> 指定地域密着型通所介護に通常要する時間を超える指定地域密着型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、通常の指定地域密着型通所介護に係る地域密着型介護サービス費用基準額を超える費用</li> <li><input type="checkbox"/> 食事の提供に要する費用</li> <li><input type="checkbox"/> おむつ代</li> <li><input type="checkbox"/> 指定地域密着型通所介護の提供において提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係る費用であって、その利用者に負担させることが適当と認められる費用 ※「その他の日常生活費」老企第54号</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>(4) (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。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(領収証の発行)	<p>(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。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>(2) 領収書には、医療費控除の対象となる額を明示して記載しているか。</p>	<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	<p>事業者は、法定代理受領サービスに該当しない指定地域密着型通所介護に係る利用料の支払を受けた場合は、提供した指定地域密着型通所介護の内容、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。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 指定地域密着型通所介護の取扱方針	<p>(1) 指定地域密着型通所介護は、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、計画的に行っているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>(2) 指定地域密着型通所介護は、利用者が住み慣れた地域での生活を継続することができるよう、地域住民との交流や地域活動への参加を図りつつ、利用者の心身の状況を踏まえ、妥当適切に行っているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>(3) 指定地域密着型通所介護は、利用者一人一人の人格を尊重し、利用者がそれぞれの役割を持って日常生活を送ることができるよう配慮して行っているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>(4) 指定地域密着型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。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>(5) 指定地域密着型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。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>(6) 指定地域密着型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。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>(7) 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。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>(8) 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。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>(9) 指定地域密着型通所介護は、事業所内でサービスを提供することが原則であるが、以下に掲げる条件を満たす場合に、事業所の屋外でサービスを提供しているか。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> あらかじめ地域密着型通所介護計画に位置付けられていること。</li> <li><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こと。</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(質の評価)	<p>(1) 自らその提供する提供する指定地域密着型介護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。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>(2) 自らその提供する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。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(通所介護相当サービス及び通所サービスAの取扱方針)	(1) 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) 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、利用者が出来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) 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) 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、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)	指定通所介護相当サービス及び通所型サービスAの提供に当たっては、介護予防の効果を最大限高める観点から、次に掲げる事項に留意しているか。			
	(1) 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において把握された課題、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) 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) 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"/>
15 地域密着型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内容等を記載した地域密着型通所介護計画を作成しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 地域密着型通所介護計画は、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) 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"/>
	(4) 地域密着型通所介護計画を作成後に居宅サービスが作成された場合は、当該地域密着型通所介護計画が居宅サービス計画に沿ったものであるか確認し、必要に応じて変更しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 地域密着型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"/>
	(6) 当該地域密着型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) それぞれの利用者について、地域密着型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) 地域密着型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または通所型サービス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適格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を作成しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	(3) 通所介護相当サービス計画は、既に介護予防サース計画が作成されている場合は、当該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"/>
	(4) 通所介護相当サービス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"/>
	(5) 当該通所介護相当サービス計画を利用者に交付しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) 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"/>
	(7) サービス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"/>
	(8) 管理者は、通所介護相当サービス計画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の実施状況の(「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)～(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の変更について準用しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 利用者に関する市町村への通知	指定地域密着型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地域密着型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"/>
17 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 現に指定地域密着型通所介護の提供を行っているときに利用者の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"/> 利用者の主治医の連絡先 <input type="checkbox"/> 協力医療機関の連絡先	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 以下のものを整備しているか。 <input type="checkbox"/> 緊急時における対応フロー <input type="checkbox"/> 利用者ごとの連絡先	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(通所介護相当サービス及び通所型サービスAに係る安全管理体制等の確保)	(1) サービス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っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) また、速やかに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"/>
	(3) サービス提供に当たり、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"/>
	(4) サービス提供に当たり、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"/>
	(5) 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"/>
18 管理者の責務	(1) 管理者は、指定地域密着型通所介護事業所の従業者の管理及び指定地域密着型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、当該指定地域密着型通所介護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"/>

<p>19 運営規程</p>	<p>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。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 事業の目的及び運営の方針</li> <li><input type="checkbox"/> 従業者の職種、員数及び職務の内容</li> <li><input type="checkbox"/> 営業日及び営業時間</li> <li><input type="checkbox"/> 指定地域密着型通所介護の利用定員</li> <li><input type="checkbox"/> 指定地域密着型通所介護の内容及び利用料その他の費用の額</li> <li><input type="checkbox"/> 通常の事業の実施地域</li> <li><input type="checkbox"/> サービス利用に当たっての留意事項</li> <li><input type="checkbox"/> 緊急時等における対応方法</li> <li><input type="checkbox"/> 非常災害対策</li> <li><input type="checkbox"/> その他運営に関する重要事項             <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 身体的拘束の原則的禁止</li> <li><input type="checkbox"/> 虐待防止措置</li> </ul> </li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>20 勤務体制の確保等</p>	<p>(1) 利用者に対し適切な指定地域密着型通所介護を提供できるよう、指定地域密着型通所介護事業所ごとに従業者の勤務の体制を定めているか。</p> <p>(2) 原則として月ごとに勤務表を作成し、地域密着型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。</p> <p>(3) 当該指定地域密着型通所介護事業所の従業者によって指定地域密着型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。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>(研修機会の確保)</p>	<p>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。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 研修年間計画策定 (有・無)</li> <li><input type="checkbox"/> 研修機会の確保             <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 事故 : (研修年月日: 年 月 日)</li> <li><input type="checkbox"/> 苦情 : (研修年月日: 年 月 日)</li> <li><input type="checkbox"/> 衛生管理(感染症及び食中毒防止) : (研修年月日: 年 月 日)</li> <li><input type="checkbox"/> 高齢者虐待防止 : (研修年月日: 年 月 日)</li> <li><input type="checkbox"/> 身体的拘束適正化 : (研修年月日: 年 月 日)</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> 研修記録</li> <li><input type="checkbox"/> 欠席者への対応・情報共有方法 ( )</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>21 定員の遵守</p>	<p>利用定員を超えてサービスの提供を行っていないか。ただし、災害その他のやむを得ない事情がある場合は、この限りではない。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>22 非常災害対策</p>	<p>(1) 「非常災害に関する具体的計画」を立てているか。</p> <p>非常災害対策計画は、災害発生時における職員の役割分担や基本行動等について、あらかじめ決めておくものである。          災害には、風水害、土砂災害、地震等の自然災害や、火災、ガス爆発等の人為災害など様々なものがあることから、非常災害対策計画は、施設が立地する地域の環境等を踏まえ、様々な災害を想定した上で、これらの対策を定めているか。</p> <p>【非常災害対策計画に盛り込む具体的な項目例】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 介護保険施設等の立地条件(地形等)</li> <li><input type="checkbox"/> 災害に関する情報の入手方法(「避難準備・高齢者等避難開始」等の情報の入手方法の確認等)</li> <li><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)</li> <li><input type="checkbox"/> 避難を開始する時期、判断基準(「避難準備・高齢者等避難開始」時等)</li> <li><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)</li> <li><input type="checkbox"/> 避難経路(避難場所までのルート(複数)、所要時間等)</li> <li><input type="checkbox"/> 避難方法(利用者ごとの避難方法(車いす、徒歩等)等)</li> <li><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)</li> <li><input type="checkbox"/> 関係機関との連携体制 等</li> </ul> <p>(2) 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者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。</p> <p>【消防法】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 防火管理者: ( )</li> <li><input type="checkbox"/> 消防訓練(年 回)             <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 届出(有・無)</li> <li><input type="checkbox"/> 前回実施日( 年 月 日)</li> <li><input type="checkbox"/> 届出(有・無)</li> <li><input type="checkbox"/> 前々回実施日( 年 月 日)</li> </ul> </li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



	<input type="checkbox"/> 設備点検 <input type="checkbox"/> 届出(有・無) <input type="checkbox"/> 機器点検(年 回) ※年2回必要 <input type="checkbox"/> 前回実施日( 年 月 日) <input type="checkbox"/> 前々回実施日( 年 月 日) <input type="checkbox"/> 総合点検(年 回) ※年1回必要 <input type="checkbox"/> 前回実施日( 年 月 日)			
23 衛生管理等	<p>(1) 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。</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p> <p>(4) 当該事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように必要な措置を講ずるよう努めているか。</p> <p>(5) 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。</p> <p>(6) その他  <input type="checkbox"/> 医薬品及び医療用具の管理は適切か  <input type="checkbox"/> 従業者(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。</p> <p>(7) 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> <p>① 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回実施しているか。</p> <p>② 常に0.4mg/l以上を保っているか。</p> <p>③ 浴槽水を適切に(1週間に1回以上)交換し、清掃を行っているか。  ※浴槽水交換頻度 回/週</p> <p>④ 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か。  (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  《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> <p>⑤ ④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か。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24 掲 示	<p>(1) 事業所の見やすい場所に、運営規程の概要、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。  <input type="checkbox"/> 運営規程の概要(重要事項説明書の掲示)  <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</p> <p>(2) 高齢者虐待に関する通報窓口を掲示しているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25 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いないか。</p> <p>(2) 従業者であった者が、正当な理由がなく、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らすことがないように、必要な措置を講じているか。</p> <p>(3) 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。  <input type="checkbox"/> 利用者  <input type="checkbox"/> 利用者家族の複数同意欄</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26 広 告	<p>広告の内容が虚偽又は誇大なものになっていないか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27 居宅介護支援事業者に対する利益供与の禁止	<p>居宅介護支援事業者又はその従業者に対し、利用者に特定の事業者によるサービスを利用させることへの対償として、金品その他の財産上の利益を供与していないか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

28 苦情処理	(1) 提供した指定地域密着型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必要な措置を講じているか。 <input type="checkbox"/> 苦情対応マニュアル	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 苦情を受け付けた場合には、当該苦情の内容等を記録しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 提供した指定地域密着型通所介護に関し、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"/>
	(5) 市からの求めがあった場合には、前項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"/>
	(6) 提供した指定地域密着型通所介護に係る利用者からの苦情に関して国民健康保険団体連合会が行う調査に協力するとともに、国民健康保険団体連合会から同号の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"/>
	(7) 国民健康保険団体連合会からの求めがあった場合には、前項の改善の内容を国民健康保険団体連合会に報告しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29 地域との連携等	(1) 指定地域密着型通所介護の提供に当たっては、利用者、利用者の家族、地域住民の代表者、市の職員又は当該事業所が所在する区域を管轄する地域包括支援センターの職員、地域密着型通所介護に知見を有する者等により構成される運営推進会議を設置し、おおむね6月に1回以上、運営推進会議に対して活動報告をし、運営推進会議による評価を受けるとともに、運営推進会議から必要な要望、助言等を聴く機会を設けているか。  直近1年間の開催実績 ( 年 月 日 ) ( 年 月 日 )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 運営推進会議の効率化や、事業所間のネットワーク形成の促進等の観点から、複数の事業所の運営推進会議を合同で開催して差し支えないが、以下の条件を満たしているか。 <input type="checkbox"/> 利用者及び利用者家族は匿名とするなど個人情報・プライバシーを保護すること。 <input type="checkbox"/> 同一の日常生活圏域内に所在する事業所であること。 ただし、事業所間のネットワーク形成の促進が図られる範囲で、地域の実情に合わせて、市町村区域の単位等内に所在する事業所であっても差し支えないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 事業者は、運営推進会議の報告、評価、要望、助言等についての記録を作成するとともに、当該記録を公表しているか。 公表方法 ( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 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を図っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 事業者は、その事業の運営に当たっては、提供した指定地域密着型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(介護相談員等)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。 <input type="checkbox"/> 介護相談員派遣 (有・無)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) 事業者は、指定地域密着型通所介護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地域密着型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地域密着型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"/>
30 事故発生時の対応	(1) サービス提供時に事故が発生した場合は、市、当該利用者の家族、当該利用者に係る指定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。 <input type="checkbox"/> 事故対応マニュアル	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 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) 指定地域密着型通所介護事業者は、事故が生じた際にはその原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) ひやりはっと事例報告に係る様式を作成しているか。また、その様式に記録し、保存しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	(5) 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地域密着型通所介護以外のサービスにより事故が発生した場合は、地域密着型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"/>
<b>31 高齢者虐待の防止</b>	(1) 従事者による利用者への虐待を行っていないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 研修の機会の確保など従業員に対して高齢者虐待防止のための措置を講じているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>(身体的拘束等)</b>	(3) 指定地域密着型通所介護は、利用者一人一人の人格を尊重しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 身体的拘束等を行った事例があるか。(有・無)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 「緊急やむを得ない場合」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"/>
	(6) 「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"/>
	(7) 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"/>
	(8) その際には、施設長や医師、その他現場の責任者(管理者)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"/>
	(9) 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)をしているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(10) 「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"/>
<b>32 会計の区分</b>	事業所ごとに経理を区分するとともに、地域密着型通所介護事業(通所介護相当サービス事業)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"/>
<b>33 記録の整備</b>	(1) 指定地域密着型通所介護事業者は、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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 指定地域密着型通所介護事業者は、利用者に対する指定地域密着型通所介護の提供に関する次に掲げる記録を整備し、当該各号に定める日から5年間保存しているか。 <input type="checkbox"/> 地域密着型通所介護計画(当該計画の完了の日) <input type="checkbox"/> 提供した具体的なサービスの内容等の記録(提供した日) <input type="checkbox"/> 市町村への通知に係る記録(通知した日) <input type="checkbox"/> 苦情の内容等の記録(提供した日) <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(提供した日) <input type="checkbox"/> 運営推進会議の報告、評価、要望、助言等の記録(記録を作成した日)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>34 変更届出の手続</b>	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"/>

## IV-2 (運営に関する基準) ～ 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"/>
	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"/>	

	<p>&lt;安全委員会等の運用上の留意事項&gt;                  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。</p> <p>※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。</p>	<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"/>

V (業務管理体制の整備)

項目	内容	適	不適	非該当
1 業務管理体制整備に係る届出書の提出	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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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 所属・職名 氏名	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	届出事項に変更があったときは、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 ◎地域密着型サービス(介護予防含む)のみを行う事業者で、すべての指定事業所が同一市内に所在する事業者 ・ ・ ・ 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"/>

VI-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	届けた所定の単位数で算定しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
地域密着型通所介護費	(1) 指定地域密着型通所介護事業所であるか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	(2) 指定地域密着型サービス等基準第20条に定める看護職員又は介護職員（共生型地域密着型通所介護を行う指定通所介護事業所においては、指定居宅サービス基準第37条の2第1号に定める従業者）の員数を置いているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 通所介護費 (所要時間による区分の 取扱い)	(1) 所要時間の算定は、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、地域密着型通所介護計画に位置付けられた内容の指定地域密着型通所介護を行うのに要する標準的な時間で行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(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定員超過利用又は人員基準欠如に該当する場合は、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"/>
(送迎時における居宅内 等介助の評価)	(3) 送迎に要する時間は含まれないが、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、1日30分以内を限度として、地域密着型通所介護を行うのに要する時間に含めているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	① 居宅サービス計画及び地域密着型通所介護計画に位置付けた上で実施しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	② 送迎時に居宅内の介助等を行う者が、介護福祉士、実務者研修修了者、介護職員基礎研修課程修了者、1級課程修了者、介護職員初任者研修修了者（2級課程修了者を含む）、看護職員、機能訓練指導員又は当該事業所における勤務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務年数の合計が3年以上の介護職員であるか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 当日の利用者の心身の状態から、実際の地域密着型通所介護の提供が地域密着型通所介護計画上の所要時間よりもやむを得ず短くなった事例があり、適切に算定しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 地域密着型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、地域密着型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"/>
	(6) 理美容サービスは、介護保険による通所サービスには含まれないが、デイサービスセンター等において、通所サービスとは別に、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通所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、通所サービスの提供時間には、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"/>
	(7) 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"/>
	(災害時等の取扱い)	(8) 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っているか。	<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)	(9) 当該事業所の利用定員を上回る利用者を利用させている、いわゆる定員超過利用に対し、介護給付費の減額を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(10) 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。この場合、1月間の利用者の平均は、当該月におけるサービスの提供日ごとの同時にサービスの提供を受けた者の最大数の合計を、当該月のサービス提供日数で除して得た数とし、この平均利用者数の算定に当たっては、小数点以下を切り上げているか。	<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)	(11) 当該事業所の看護職員及び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、いわゆる人員基準欠如に対し、介護給付費の減額を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(12) 看護職員の数、1月間の職員数の平均を用い、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"/>
	(13) 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ているか。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"/>
	(14) 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"/>
	(15) 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、利用者全員について所定単位数を減算しているか。（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時間未満の地域密着型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時間未満のサービス提供を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 8時間以上9時間未満の地域密着型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時間未満の指定地域密着型通所介護を行った場合又は所要時間8時間以上9時間未満の指定地域密着型通所介護を行った後に引き続き日常生活上の世話をを行った場合であって、当該指定地域密着型通所介護の所要時間と当該指定地域密着型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に加算しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 9時間以上の区分のうち、どの区分を算定しているか。 <input type="checkbox"/> 9時間以上10時間未満 <input type="checkbox"/> 10時間以上11時間未満 <input type="checkbox"/> 11時間以上12時間未満 <input type="checkbox"/> 12時間以上13時間未満 <input type="checkbox"/> 13時間以上14時間未満	<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地域密着型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 共生型地域密着型通所介護	共生型地域密着型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地域密着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、共生型地域密着型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地域密着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、共生型地域密着型サービスの事業を行う指定児童発達支援事業所が当該事業を行う事業所において共生型地域密着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、共生型地域密着型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地域密着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 算 生活相談員配置等加算	(1) 共生型地域密着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	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を行った場合、加算しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 算 中重度者ケア体制加算	(1) 中重度の要介護者を受け入れる体制を構築し、指定地域密着型通所介護を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 共生型地域密着型通所介護を算定していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 指定基準に規定する員数に加え、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"/>
	(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、要介護状態区分が要介護3、要介護4及び要介護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"/>
	(5) 指定地域密着型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"/>
9 算 生活機能向上連携加算	(1) 利用者に対して機能訓練を行っている場合には、所定単位数を加算しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) ただし、個別機能訓練加算を算定している場合は、所定単位数を算定しているか。	<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(病院にあっては、許可病床数200床未満のもの又は当該病院を中心とした半径4キロメートル以内に診療所が存在しないものに限る。)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、当該指定地域密着型通所介護事業所を訪問し、当該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」という。)と共同して、アセスメント(利用者の心身の状況を勘案し、自立した日常生活を営むことができるように支援する上で解決すべき課題を把握することをいう。)、利用者の身体の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) 機能訓練指導員等が理学療法士等と連携し、個別機能訓練計画の進捗状況等を3月ごとに一回以上評価し、利用者又はその家族に対して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) 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"/>
10 個別機能訓練加算 (I)	(1) 地域密着型通所介護を行う時間帯を通じて、専ら機能訓練指導員の職務に従事する常勤の理学療法士、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」)を1名以上配置しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 個別機能訓練計画の作成及び実施において利用者の自立の支援と日常生活の充実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、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"/>
	(3) 機能訓練指導員等が共同して、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、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) 機能訓練指導員等が利用者の居宅を訪問した上で、個別機能訓練計画を作成し、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、当該利用者又はその家族に対して、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、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"/>
	(5) 個別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、常に当該事業所の個別機能訓練の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"/>
11 個別機能訓練加算 (II)	(1) 専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等を1名以上配置しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 機能訓練指導員等が共同して、利用者の生活機能向上に資するよう利用者ごとの心身の状況を重視した個別機能訓練計画を作成しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 個別機能訓練計画に基づき、利用者の生活機能向上を目的とする機能訓練の項目を準備し、理学療法士等が、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"/>
	(4) 機能訓練指導員等が利用者の居宅を訪問した上で、個別機能訓練計画を作成し、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、当該利用者又はその家族に対して、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、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"/>
	(5) 個別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、常に当該事業所の個別機能訓練の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"/>
12 ADL維持等加算 (I)	(1) 利用者に対して指定地域密着型通所介護を行った場合は、評価対象期間(ADL維持等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)の満了日の属する年度の次の年度内に限り、当該基準に掲げる区分に従い加算しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 利用者(当該指定地域密着型通所介護事業所を連続して6月以上利用し、かつ、その利用期間(3)において「評価対象利用期間」という。)において、5時間以上の通所介護費の算定回数(5時間未満の通所介護費の算定回数を上回る者に限る。以下(I)において同じ。)の総数が20人以上であるか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 利用者の総数のうち、評価対象利用期間の初月(複数の評価対象利用期間の初月が存在する場合は、複数の評価対象期間の初月のうち最も早い月とする。以下「評価対象利用開始月」という。)において、要介護3、要介護4及び要介護5である者の占める割合が100分の15以上であるか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 利用者の総数のうち、評価対象利用開始月において、初回の要介護認定又は要支援認定があった月から起算して12月以内である者の占める割合が100分の15以下であるか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 利用者の総数のうち、評価対象利用開始月と、当該月から起算して6月目において、機能訓練指導員がADLを評価し、その評価に基づく値(以下この号において「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が提出されている者(6)において「提出者」という。)の占める割合が100分の90以上であるか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



	<p>(6) 評価対象利用開始月から起算して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(以下「ADL利得」という。)が多い順に、提出者の総数の上位100分の85に相当する数(その数に1未満の端数が生じたときは、これを切り上げるものとする。)の利用者について、次の(一)から(三)までに掲げる利用者の区分に応じ、当該(一)から(三)までに定める値を合計して得た値が零以上であるか。</p> <p>(一) ADL利得が0より大きい利用者 1  (二) ADL利得が0の利用者 0  (三) ADL利得が0未満の利用者 -1</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 ADL維持等加算(Ⅱ)	(1) 利用者に対して指定地域密着型通所介護を行った場合は、評価対象期間(A DL維持等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)の満了日の属する年度の次の年度内に限り、当該基準に掲げる区分に従い加算しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 利用者(当該指定地域密着型通所介護事業所を連続して6月以上利用し、かつ、その利用期間(3)において「評価対象利用期間」という。)において、5時間以上の通所介護費の算定回数が5時間未満の通所介護費の算定回数を上回る者に限る。以下(Ⅱ)において同じ。)の総数が20人以上であるか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 利用者の総数のうち、評価対象利用期間の初月(複数の評価対象利用期間の初月が存在する場合は、複数の評価対象期間の初月のうち最も早い月とする。以下「評価対象利用開始月」という。)において、要介護3、要介護4及び要介護5である者の占める割合が100分の15以上であるか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 利用者の総数のうち、評価対象利用開始月において、初回の要介護認定又は要支援認定があった月から起算して12月以内である者の占める割合が100分の15以下であるか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 利用者の総数のうち、評価対象利用開始月と、当該月から起算して6月目において、機能訓練指導員がADLを評価し、その評価に基づく値(以下この号において「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が提出されている者(6)において「提出者」という。)の占める割合が100分の90以上であるか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) 評価対象利用開始月から起算して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(以下「ADL利得」という。)が多い順に、提出者の総数の上位100分の85に相当する数(その数に1未満の端数が生じたときは、これを切り上げるものとする。)の利用者について、次の(一)から(三)までに掲げる利用者の区分に応じ、当該(一)から(三)までに定める値を合計して得た値が零以上であるか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(7) 当該指定地域密着型通所介護事業所の利用者について、算定日が属する月に当該利用者のADL値を測定し、その結果を厚生労働省に提出しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 認知症加算	(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)に対して地域密着型通所介護を行った場合は、所定単位数を加算しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 共生型地域密着型通所介護を算定していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 指定基準に規定する員数に加え、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"/>
	(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(利用者実人数又は利用者延べ人数)のうち、日常生活に支障を来す恐れのある症状又は行動が認められることから介護が必要とする認知症の者(※ランクⅢ以上のもの)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) 地域密着型通所介護を行う時間帯を通じて、専ら当該指定地域密着型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、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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<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」 <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」 <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」	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 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、要介護状態となった者をいう)に対して、指定地域密着型通所介護を行った場合に、所定単位数を加算しているか。	<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"/>

16 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"/>
	(2) 3月以内の期間に限り1月に2回を限度として算定しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 栄養改善サービスの開始から3月ごとに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。	<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) 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"/>
17 栄養スクリーニング加算	(1) 事業所の従業者が、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つては、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た場合に、加算しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) ただし、当該利用者について、当該事業所以外で既に栄養スクリーニング加算を算定している場合は、算定せず、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) 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"/>
18 口腔機能向上加算	(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つて、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回を限度としているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) ただし、口腔機能向上サービスの開始から3月ごとの利用者の口腔機能の評価の結果、口腔機能が改善せず、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"/>
	(4) 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"/>
	(5) 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"/>
	(6) 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"/>
	(7) 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"/>
	(8) 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"/>
19 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、地域密着型通所介護費を算定していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 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	指定地域密着型通所介護事業所と同一建物に居住する者又は指定地域密着型通所介護事業所と同一建物から当該指定地域密着型通所介護事業者に通う者に対し、指定地域密着型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、この限りではない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 送迎が実施されない場合の減算について	利用者に対して、その居宅と指定地域密着型通所介護事業所との間の送迎を行わない場合は、片道ごとに減算しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22 サービス提供強化加算(Ⅰ)イ	(1) 指定地域密着型通所介護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分以上であるか。	<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"/>
23 サービス提供強化加算(Ⅰ)ロ	(1) 指定地域密着型通所介護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"/>
24 サービス提供強化加算(Ⅱ)	(1) 指定地域密着型通所介護を利用者に直接提供する職員の総数のうち、勤務年数3年以上の者の占める割合が100分の30以上であるか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(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"/>
25 介護職員処遇改善加算(Ⅰ) 【通所介護・相当サービス・サービスA】	下記のいずれにも適合し、介護報酬総単位数の1000分の59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"/>
	(1) 介護職員の賃金(退職手当除く)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並びに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、市に届けているか。	<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、事業継続を図るため介護職員の賃金水準を見直すことはやむを得ないが、その内容について市に報告しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 事業所において、事業年度ごとに介護職員の処遇改善に関する実績を市に報告しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 算定日が属する月の前12ヶ月間において、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。	<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"/>
	(7) 次に掲げる基準のいずれにも適合しているか。 <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(賃金に関するものを含む。)を定めているか。 <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。 <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。 <input type="checkbox"/> (四) (三)について全ての介護職員に周知しているか。 <input type="checkbox"/> (五) 介護職員の経験若しくは資格等に依り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。 <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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(8) 平成27年4月から(2)の届出の日の属する月の前月までに実施した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した費用を全ての介護職員に周知しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	26 介護職員処遇改善加算(Ⅱ) 【通所介護・相当サービス・サービスA】	下記のいずれにも適合し、介護報酬総単位数の1000分の43に相当する単位数を算定しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(1) 介護職員の賃金(退職手当除く)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並びに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、市に届けているか。		<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、事業継続を図るため介護職員の賃金水準を見直すことはやむを得ないが、その内容について市に報告しているか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	(4) 事業所において、事業年度ごとに介護職員の処遇改善に関する実績を市に報告しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 算定日が属する月の前12ヶ月間において、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。	<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"/>
	(7) 次に掲げる基準のいずれにも適合しているか。 □ (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(賃金に関するものを含む。)を定めているか。 □ (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。 □ (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。 □ (四) (三)について全ての介護職員に周知しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(8) 平成27年4月から②の届出の日の属する月の前月までに実施した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した費用を全ての介護職員に周知しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>27 介護職員処遇改善加算(Ⅲ) 【通所介護・相当サービス・サービスA】</b>	下記のいずれにも適合し、介護報酬総単位数の1000分の23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"/>
	(1) 介護職員の賃金(退職手当除く)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並びに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、市に届けているか。	<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、事業継続を図るため介護職員の賃金水準を見直すことはやむを得ないが、その内容について市に報告しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 事業所において、事業年度ごとに介護職員の処遇改善に関する実績を市に報告しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 算定日が属する月の前12ヶ月間において、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。	<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"/>
	(7) 次に掲げる基準のいずれかに適合しているか。 □ (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。 □ 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(賃金に関するものを含む。)を定めているか。 □ 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。 □ (二) 【キャリアパス要件Ⅱ】 □ 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。 □ b aについて全ての介護職員に周知しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(8) 平成20年10月から②の届出の日の属する月の前月までに実施した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した費用を全ての介護職員に周知しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>28 介護職員処遇改善加算(Ⅳ) 【通所介護・相当サービス・サービスA】</b>	下記のいずれにも適合し、介護報酬総単位数の1000分の23に相当する単位数の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"/>
	(1) 介護職員の賃金(退職手当除く)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並びに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、市に届けているか。	<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、事業継続を図るため介護職員の賃金水準を見直すことはやむを得ないが、その内容について市に報告しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	(4) 事業所において、事業年度ごとに介護職員の処遇改善に関する実績を市に報告しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 算定日が属する月の前12ヶ月間において、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。	<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"/>
	(7) (8)又は(9)に掲げる基準のいずれかに該当しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(8) 次に掲げる基準のいずれかに適合しているか。 □ (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。 □ 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(賃金に関するを含む。)を定めているか。 □ 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。 □ (二) [キャリアパス要件Ⅱ] □ 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。 □ b aについて全ての介護職員に周知しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(9) 平成20年10月から(2)の届出の日の属する月の前月までに実施した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した費用を全ての介護職員に周知しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>29 介護職員処遇改善加算(V) 【通所介護・相当サービス・サービスA】</b>	下記のいずれにも適合し、介護報酬総単位数の1000分の23に相当する単位数の100分の80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"/>
	(1) 介護職員の賃金(退職手当除く)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並びに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、市に届けているか。	<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、事業継続を図るため介護職員の賃金水準を見直すことはやむを得ないが、その内容について市に報告しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 事業所において、事業年度ごとに介護職員の処遇改善に関する実績を豊中市に報告しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 算定日が属する月の前12ヶ月間において、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。	<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"/>
<b>30 介護職員等特定処遇改善加算(I)</b>	下記のいずれにも適合し、12/1000に相当する単位数を加算しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(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。	<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の2倍以上であるか。	<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。	<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、市に届けているか。	<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。	<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に報告しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) サービス提供体制強化加算（Ⅰ）イを算定しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(7) 平成20年10月から②の届出の日の属する月の前月までに実施した職員の処遇改善の内容（賃金改善に関するものを除く）及び当該職員の処遇改善に要した費用を全ての職員に周知しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31 介護職員等特定処遇改善加算（Ⅱ）	下記のいずれにも適合し、10/1000に相当する単位数を加算しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(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。	<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の2倍以上であるか。	<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。	<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。	<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) 平成20年10月から②の届出の日の属する月の前月までに実施した職員の処遇改善の内容（賃金改善に関するものを除く）及び当該職員の処遇改善に要した費用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"/>	

## VI-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
1 通所介護相当サービス費	(1) 通所介護相当サービス費Ⅰ 要支援1 週1回程度の利用を算定しているか。	<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 週2回程度の利用を算定しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 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若しくは介護予防特定施設入居者生活介護又は介護予防小規模多機能型居宅介護若しくは介護予防認知症対応型共同生活介護を受けている間、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) 利用者が通所介護相当サービスを受けている間は、他の事業所で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"/>

3 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	指定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指定通所介護相当サービス事業所と同一建物から当該指定通所介護相当サービス事業所を利用する者に対し、指定通所介護相当サービスを行った場合は減算しているか。  ※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"/>
4 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"/>
5 人員基準欠如に該当する場合の所定単位数の算定	従業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 若年性認知症利用者受入加算	指定地域密着型通所介護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"/>
7 生活機能向上グループ活動加算	<p>(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加算しているか。</p> <p>(2) 同月中に、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利用者に対し、算定していないか。</p> <p>(3) 生活相談員、看護職員、介護職員、機能訓練指導員その他事業所の介護従事者が共同して、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。</p> <p>(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に利用者を援助し、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。</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 運動器機能向上加算	<p>(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。</p> <p>(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（以下「理学療法士等」という。）を1名以上配置しているか。</p> <p>(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の者が共同して、運動器機能向上計画を作成しているか。</p> <p>(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。</p> <p>(5) また、利用者の運動器の機能を定期的に記録しているか。</p> <p>(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。</p> <p>(7) 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないか。</p> <p>(8) 運動器機能向上計画に定める実施期間終了後に、利用者毎に、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介護予防支援事業者に報告をしているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 栄養改善加算	指定地域密着型通所介護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 口腔機能向上加算	指定地域密着型通所介護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 選択的サービス複数実施加算（I）	<p>(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加算しているか。</p> <p>(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。</p>	<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) 利用者が指定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"/>
<b>12 選択的サービス複数実施加算(Ⅱ)</b>	(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加算しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 利用者に対し、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) 利用者が指定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"/>
<b>13 事業所評価加算</b>	(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)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指定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"/>
	$\frac{\text{評価対象期間内に選択的サービスを利用した者の数}}{\text{評価対象期間内に介護予防通所介護をそれぞれ利用した者の数}} \geq 0.6$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	$\frac{\text{要支援状態区分の維持者数} + \text{改善者数} \times 2}{\text{評価対象期間内に運動器機能向上サービス、栄養改善サービス又は口腔機能向上サービスを3月以上利用し、その後に変更認定を受けた者の数}} \geq 0.7$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>14 サービス提供体制強化加算Ⅰ</b>	(1) 指定地域密着型通所介護の介護職員の総数のうち介護福祉士の占める割合が50/100以上あるか。	<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"/>
<b>15 サービス提供体制強化加算Ⅰロ</b>	(1) 指定地域密着型通所介護の介護職員の総数のうち介護福祉士の占める割合が40/100以上あるか。	<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"/>
<b>16 サービス提供体制強化加算Ⅱ</b>	(1) 指定地域密着型通所介護を利用者に直接提供する職員の総数のうち、勤務年数3年以上の者の占める割合が30/100人以上あるか。	<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"/>
<b>17 生活機能向上連携加算</b>	指定地域密着型通所介護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"/>
<b>18 栄養スクリーニング加算</b>	指定地域密着型通所介護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"/>
<b>19 介護職員処遇改善加算</b>	指定地域密着型通所介護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"/>
<b>20 介護職員等特定処遇改善加算</b>	指定地域密着型通所介護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"/>



## VI-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) 要支援1及び事業対象者については、週1回(月4回)までの利用と週1回(月4回超)の利用となっているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 要支援2については、週2回(月8回)までの利用と週2回(月8回超)の利用となっているか。	<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) 要支援1及び事業対象者については、週1回(月4回)までの利用と週1回(月4回超)の利用となっているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 要支援2については、週2回(月8回)までの利用と週2回(月8回超)の利用となっているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 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	(1) 指定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指定通所介護相当サービス事業所と同一建物から当該指定地域密着型通所介護事業所に通う者に対し、指定地域密着型通所介護を行った場合は減算しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 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"/>
4 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"/>
5 人員基準欠如に該当する場合の所定単位数の算定	従業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"/>
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Ⅰから要介護要支援非該当(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け出ているか。	<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け出ているか。	<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、利用者に説明し、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"/>