

単独型・併設型(介護予防)認知症対応型通所介護実地指導 事前提出資料

事業者名(法人名) :

事業者(法人)代表者職・氏名 :

事業所名 :

(住所) : 新潟市

担当者職・氏名 :

(連絡先 TEL)

指導年月日 :

年 月 日

- (提出資料)
- ① 自己点検表
 - ② 勤務実績表
 - ③ 加算一覧, 自己点検表(加算等)
 - ④ 状況報告書
 - ⑤ パンフレット等事業所の概要がわかるもの
 - ⑥ 組織図 (職・氏名が入っているもの)
 - ⑦ 平面図 (上記⑤に平面図が含まれている場合は省略可)
 - ⑧ サービス契約書, 重要事項説明書

自己点検表（単独型・併設型（介護予防）認知症対応型通所介護実地指導）

事業所名称		単位数	
記入者職氏名		点検年月日	

○各項目を確認書類等により点検し、確認事項の内容を満たしているものには「適」、そうでないものは「不適」にチェックをしてください。

○該当しない項目については未記入のままにしてください。

○「Ⅰ人員基準からⅢ運営基準」までは、別に定める場合を除き、地域密着型サービス及び地域密着型介護予防サービス共通とします。その際、地域密着型介護予防サービスにおいては認知症対応型通所介護を介護予防認知症対応型通所介護に、要介護を要支援に、居宅サービス計画を介護予防サービス計画に、居宅介護支援事業者を介護予防支援事業者に、それぞれ読み替えてください。

○根拠条文の「基準」は、「新潟市指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営の基準に関する条例」、「予防基準」は「新潟市指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法の基準に関する条例」を指します。

点検した結果を記載してください。なお、他に勤務実績表、自己点検表(加算等)のシートも記載してください。

点検項目	確認事項	点検結果		備 考	根拠条文	参照	記 入 欄
		適	不適				
I 人員基準							
1 従業者の員数	(1) 【生活相談員】			注) 生活相談員の勤務延時間数には、利用者の地域生活を支える取組のために必要な時間も含まれることができる。	基準第62条 予防基準第6条	勤務実績表	※（ 適 ・ 要検討 ・ 否 ）
	a 単位の数にかかわらず、指定認知症対応型通所介護の提供を行う時間数(以下「提供時間数」)に応じて、専ら指定認知症対応型通所介護の提供に当たる生活相談員が1以上確保されるために必要と認められる数を配置していますか。 ※提供時間数は、事業所のサービス提供開始時刻から終了時刻まで(サービスが提供されていない時間帯を除く)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				※（ 適 ・ 要検討 ・ 否 ）
	b 生活相談員は、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と同等以上の能力を有する者(※)となっていますか。 社会福祉法第19条第1項各号のいずれかに該当する者 ・社会福祉士、精神保健福祉士、社会福祉主事及びその任用資格 ※これと同等以上の能力を有する者 ・介護支援専門員、一定の業務経験(当該事業所で介護福祉士として常勤で3年以上又は介護保険サービス事業所で介護福祉士として常勤で5年以上勤務)を有する介護福祉士	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				※（ 適 ・ 要検討 ・ 否 ）

点検項目	確認事項	点検結果		備考	根拠条文	参照	記入欄
		適	不適				
	(2)	<p>【看護職員（看護師又は准看護師）】</p> <p>単位毎に、専ら指定認知症対応型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を配置していますか。</p> <p>※ 利用定員が10人以下の場合は、看護職員又は介護職員が1以上確保されるために必要と認められる数</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>注) 病院、診療所、訪問看護ステーションと提供時間帯を通じて密接かつ適切な連携を図ることにより、看護職員が営業日毎に利用者の健康状態を確認している場合はこの限りでない。</p>	勤務実績表	※（適・要検討・否）
	(3)	<p>【介護職員】</p> <p>単位ごとに、提供時間数に応じて、専ら指定認知症対応型通所介護の提供に当たる介護職員を確保していますか。</p> <p>※ 利用者数が15人までの場合 確保すべき勤務延時間数＝平均提供時間数</p> <p>※ 利用者数が16人以上の場合 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</p> <p>単位毎に、介護職員（利用定員が10人以下の場合は看護職員又は介護職員）を常時1人以上配置していますか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			勤務実績表
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

点検項目	確認事項	点検結果		備 考	根拠条文	参照	記 入 欄
		適	不適				
	(4)	a	【機能訓練指導員】 機能訓練指導員を1以上配置していますか。 機能訓練指導員の数（ 人）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	勤務実績表	※（ 適 ・ 要検討 ・ 否 ）
	b	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（※）が配置されていますか。 ※ 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（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，看護師，准看護師，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"/>	※（ 適 ・ 要検討 ・ 否 ）		
	(5)	利用定員は、12人以下ですか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		※（ 適 ・ 要検討 ・ 否 ）	
	(6)	生活相談員又は看護職員若しくは介護職員のうち1人以上は、常勤となっていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	注）常勤とは、当該事業所における勤務時間（指定認知症対応型通所介護以外の勤務時間を含む。）が就業規則等で定められている常勤者が勤務すべき時間数（週に勤務すべき時間数が32時間を下回る場合は、32時間を基本とする。）に達していることをいうものであること。	勤務実績表	※（ 適 ・ 要検討 ・ 否 ）

点検項目	確認事項	点検結果		備考	根拠条文	参照	記入欄	
		適	不適					
2 管理者	(1) a	常勤の管理者を配置していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		基準第63条 予防基準第7条	勤務実績表	※（適・要検討・否）
	b	管理者は、専ら指定認知症対応型通所介護事業所の管理業務に常勤で従事していますか。 《注意》 管理者が管理業務に専従している場合は「適」にチェックし、次の(1)-cの回答は不要です。 専従していない場合は「不適」にチェックし、次の(1)-cを回答してください。 ※ 基準上、管理業務に支障がないときは兼務が可	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	※「不適」の場合 チェック <input type="checkbox"/> 他の職種等と兼務のため <input type="checkbox"/> その他（具体的に記載）		勤務実績表	※（適・要検討・否）
	c	管理者が他の職種等を兼務している場合、兼務形態は適切ですか。 → 下記の事項について記載してください。 ・事業所内で他職種と兼務している場合はその職種名 （ ） ・同一敷地等の他事業所と兼務している場合は事業所名、職種名、兼務事業所における1週間あたりの勤務時間数 事業所名：（ ） 職種名：（ ） 勤務時間数：（ ） 《注意》 回答スペースが足りない場合は、適宜行を追加するなどの対応をお願いします。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			勤務実績表	※（適・要検討・否）
		次の研修を終了していますか。 認知症対応型サービス事業者研修（経過措置・みなし措置あり） →適の場合、修了した研修名を記載してください。 （ ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				※（適・要検討・否）
<p>（注）「勤務実績表（実地指導月の前々月分）」：別シートを添付してください。なお、勤務実績表については、次の事項を記入例を参考に明記してください。①常勤職員の勤務すべき1週間の勤務時間数、②兼務を含めた職種、③勤務形態、④氏名、⑤1日毎の勤務時間数、⑥利用者数(実績) また、既存の勤務を管理した表が、勤務実績表の項目を満たすものであればその添付により代えることができます。</p>								

点検項目	確認事項	点検結果		備 考	根拠条文	参照	記 入 欄	
		適	不適					
II 設備基準								
1 設備及び備品等	(1)	a	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認知症対応型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ますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	基準第64条 予防基準第8条	(現地確認)	※ (適 ・ 要検討 ・ 否)
		b	a に掲げる設備は、専ら指定認知症対応型通所介護の事業の用に供されていますか。 《注意》 専ら供されている場合は「適」に、供されていない場合は「不適」にチェックしてください。 ※ 利用者の処遇に支障がない場合は、この限りでない(c に該当する場合を除く)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		(現地確認)	※ (適 ・ 要検討 ・ 否)
		c	a に掲げる設備を利用し、夜間及び深夜に指定認知症対応型通所介護以外のサービスを提供する場合に、当該サービスの内容を当該サービスの提供開始前に市へ届け出ていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		市への届出	※ (適 ・ 要検討 ・ 否)
	(2)	a	【食堂、機能訓練室】 食堂及び機能訓練室は、それぞれ必要な広さがあり、その合計した面積は、3㎡に利用定員を乗じて得た面積以上となっていますか。 ※ 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れば、同一の場所として可	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(現地確認)	※ (適 ・ 要検討 ・ 否)	
		b	【相談室】 遮蔽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ますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(現地確認)	※ (適 ・ 要検討 ・ 否)	
		c	【消火設備その他非常災害に際して必要な設備】 消防法その他法令等に規定された設備は確実に設置されていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(現地確認)	※ (適 ・ 要検討 ・ 否)	
	(3)		設備及び備品等は、利用者へのサービスの向上及び認知症対応型通所介護従業者の業務の負担の軽減を図るため、常に技術の進歩に配慮して備えるよう努めていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(現地確認)	※ (適 ・ 要検討 ・ 否)	

点検項目	確認事項	点検結果		備考	根拠条文	参照	記入欄																											
		適	不適																															
Ⅲ 運営基準																																		
1 内容及び手続の説明及び同意	(1) a	<p>指定認知症対応型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、運営規程の概要、従事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ますか。</p> <p>※重要事項説明書に記載されているものについて、下記の項目に○印を記入してください。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;">項目</th> <th style="width: 20%;">記入欄</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>事業の目的及び運営方針</td><td></td></tr> <tr><td>従業者の職種、員数及び職務の内容</td><td></td></tr> <tr><td>営業日及び営業時間</td><td></td></tr> <tr><td>利用定員</td><td></td></tr> <tr><td>サービス内容及び利用料その他の費用の額</td><td></td></tr> <tr><td>通常の事業の実施地域</td><td></td></tr> <tr><td>サービス利用に当たっての留意事項</td><td></td></tr> <tr><td>緊急時における対応方法</td><td></td></tr> <tr><td>非常災害対策</td><td></td></tr> <tr><td>事故発生時の対応</td><td></td></tr> <tr><td>苦情処理の体制</td><td></td></tr> <tr><td>提供するサービスの第三者評価の実施状況</td><td></td></tr> </tbody> </table> <p>記載している苦情申出窓口を記入してください。</p>	項目	記入欄	事業の目的及び運営方針		従業者の職種、員数及び職務の内容		営業日及び営業時間		利用定員		サービス内容及び利用料その他の費用の額		通常の事業の実施地域		サービス利用に当たっての留意事項		緊急時における対応方法		非常災害対策		事故発生時の対応		苦情処理の体制		提供するサービスの第三者評価の実施状況		□	□		基準第10条準用 予防基準第12条	重要事項説明書 (現地確認)	※（適・要検討・否）
項目	記入欄																																	
事業の目的及び運営方針																																		
従業者の職種、員数及び職務の内容																																		
営業日及び営業時間																																		
利用定員																																		
サービス内容及び利用料その他の費用の額																																		
通常の事業の実施地域																																		
サービス利用に当たっての留意事項																																		
緊急時における対応方法																																		
非常災害対策																																		
事故発生時の対応																																		
苦情処理の体制																																		
提供するサービスの第三者評価の実施状況																																		
	b	<p>指定認知症対応型通所介護の提供の開始に当たっての利用申込者の同意については、書面によって確認していますか。</p>	□	□				※（適・要検討・否）																										
2 提供拒否の禁止	(1)	<p>正当な理由（※）なく指定認知症対応型通所介護の提供を拒んだことはありませんか。</p> <p>※ ①事業所の現員からは利用申込に応じきれない場合、②利用申込者の居住地が事業所の通常の事業の実施地域外である場合 等</p> <p>《注意》 拒んだことがない場合は「適」に、拒んだことがある場合は「不適」にチェックしてください。</p>	□	□		基準第11条準用 予防基準第13		※（適・要検討・否）																										
3 サービス提供困難時の対応	(1)	<p>上記 2-(1) の正当な理由により、自ら適切な指定認知症対応型通所介護の提供することが困難であると認めた場合は、利用申込者に係る指定居宅介護支援事業者への連絡、適当な他のサービス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ますか。</p>	□	□		基準第12条準用 予防基準第14条		※（適・要検討・否）																										

点検項目	確認事項		点検結果		備 考	根拠条文	参照	記 入 欄
			適	不適				
4 受給資格等の確認	(1)	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ますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		基準第13条準用 予防基準第15	利用者に関する記録	※（ 適 ・ 要検討 ・ 否 ）
	(2)	被保険者証に認定審査会意見が記載されているときには、その意見に配慮して、指定認知症対応型通所介護を提供するよう努めていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				※（ 適 ・ 要検討 ・ 否 ）
5 要介護認定の申請に係る援助	(1)	利用申込者が要介護認定を受けていない場合、既に要介護認定の申請をしているか確認していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		基準第14条準用 予防基準第16条	利用者に関する記録	※（ 適 ・ 要検討 ・ 否 ）
	(2)	利用申込者が要介護認定を申請していない場合、利用申込者の意思を踏まえて速やかに申請が行われるよう必要な援助を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				※（ 適 ・ 要検討 ・ 否 ）
	(3)	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30日前までには行われるよう、必要な援助を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				※（ 適 ・ 要検討 ・ 否 ）
6 心身の状況等の把握	(1)	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ますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		基準第60条の6 予防基準第16条	フェイスシート サービス担当者介護の要点 (現地確認)	※（ 適 ・ 要検討 ・ 否 ）
7 指定居宅介護支援事業者等との連携	(1)	指定認知症対応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ますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		基準第16条準用 予防基準第18条	情報提供に関する記録	※（ 適 ・ 要検討 ・ 否 ）
	(2)	指定認知症対応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、利用者に係る指定居宅介護支援事業者に対する情報の提供及び保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				指導・連絡等の記録

点検項目	確認事項	点検結果		備 考	根拠条文	参照	記 入 欄
		適	不適				
8 法定代理受領サービスの提供を受けるための援助	(1) 指定認知症対応型通所介護の提供の開始に際し、法定代理受領サービスの届出をしていない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、指定認知症対応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すること、指定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ますか。 ※ 「法定代理受領サービス」とは、地域密着型サービス事業者に対し、市又は国保連から直接認知症対応型介護サービス費（利用者負担分を除く）が支払われる場合の地域密着型サービス（指定認知症対応型通所介護）のことをいう。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		基準第17条準用 予防基準第19条		※（ 適 ・ 要検討 ・ 否 ）
9 居宅サービス計画に沿ったサービスの提供	(1) 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認知症対応型通所介護を提供していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		基準第18条準用 予防基準第20条	居宅サービス計画、認知症対応型通所介護計画書（現地確認）	※（ 適 ・ 要検討 ・ 否 ）
10 居宅サービス計画の変更の援助	(1) 利用者が居宅サービス計画の変更を希望する場合は、利用者に係る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ますか。 ※ 利用者の状態の変更等により追加的なサービスが必要になった場合等で、利用者が変更の必要性に同意した場合を含む。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		基準第19条準用 予防基準第21条		※（ 適 ・ 要検討 ・ 否 ）
11 サービスの提供の記録	(1) 指定認知症対応型通所介護を提供した際には、その提供日及び内容など必要な事項を利用者の居宅サービス計画の書面又はサービス利用票等に記録していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		基準第21条準用 予防基準第22条	サービス提供票 業務日誌 計画書	※（ 適 ・ 要検討 ・ 否 ）
	(2) 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ますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				※（ 適 ・ 要検討 ・ 否 ）

点検項目	確認事項	点検結果		備 考	根拠条文	参照	記 入 欄	
		適	不適					
12 利用料等の受領	(1)	法定代理受領サービスに該当する指定認知症対応型通所介護を提供した際には、利用者から利用者負担分（1割、2割又は3割負担）の支払を受けていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		基準第60条の7 予防基準第23条	サービス提供 票 領収書控	※（ 適 ・ 要検討 ・ 否 ）
	(2)	法定代理受領サービスでない指定認知症対応型通所介護を提供した際に利用者から支払を受ける利用料の額と、法定代理受領サービスである指定認知症対応型通所介護に係る費用の額との間に、不合理な差額を設けていませんか。 《注意》 設けていない場合は「適」に、設けている場合は「不適」にチェックしてください。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				※（ 適 ・ 要検討 ・ 否 ）
	(3)	以下の費用に係るサービスを提供しその支払を受ける場合は、あらかじめ、利用者又はその家族に対し、サービス内容及び費用について説明を行い、同意を得ていますか。 ① 利用者の選定により通常の事業の実施地域外の地域に居住する利用者に対して行う送迎に要する費用 ② 通常要する時間を超える指定認知症対応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、通常の指定認知症対応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（介護予防通所介護は非該当） ③ 食事の提供に要する費用 ④ おむつ代 ⑤ 上記の費用のほか、指定認知症対応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、利用者に負担させることが適当と認められる費用 ※ 新潟県内在住者に対し指定認知症対応型通所介護を提供する場合は、上記①の交通費はH21.4から加算対応となったため保険給付外費用として徴収することは不可	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			重要事項説明書等（現地確認）	※（ 適 ・ 要検討 ・ 否 ）

点検項目	確認事項		点検結果		備 考	根拠条文	参照	記 入 欄
			適	不適				
13 保険給付の請求のための証明書の交付	(1)	<p>法定代理受領サービスに該当しない指定認知症対応型通所介護に係る利用料の支払を受けた場合は、提供した指定認知症対応型通所介護の内容、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ますか。</p> <p>※ ここでいう「サービス提供証明書」は、利用者が保険給付を請求する上で必要と認められる事項を記載したものをいう。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		基準第23条準用 予防基準第24条	サービス提供 票 証明書控	※（適・要検討・否）
14 指定認知症対応型通所介護の基本取扱方針	(1)	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、計画的に行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		基準第70条 予防基準第42条	認知症対応型 通所介護計画 書 居宅サービス 計画書	※（適・要検討・否）
	(2)	自らその提供する指定認知症対応型通所介護の質の評価を行い、常にその改善を図っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			状況報告書 3(7)	※（適・要検討・否）
15 指定認知症対応型通所介護の具体的取扱方針	(1)	利用者が住み慣れた地域での生活を継続できるよう、地域住民との交流及び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ますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		基準第71条 予防基準第43条		※（適・要検討・否）
	(2)	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ますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				※（適・要検討・否）
	(3)	指定認知症対応型通所介護の提供に当たっては、認知症対応型通所介護計画に基づき、漫然かつ画一的にならないように、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ますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				※（適・要検討・否）
	(4)	指定認知症対応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ますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				※（適・要検討・否）
	(5)	指定認知症対応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た適切な介護技術をもってサービスの提供を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				※（適・要検討・否）
	(6)	<p>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ますか。</p> <p>※ 認知症である利用者に対して必要に応じて、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ことを含む。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				※（適・要検討・否）

点検項目	確認事項		点検結果		備 考	根拠条文	参照	記 入 欄
			適	不適				
16 認知症対応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、機能訓練等の目標や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認知症対応型通所介護計画を作成していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		基準第72条 予防基準第43条	認知症対応型通所介護計画 (現地確認)	※ (適 ・ 要検討 ・ 否)
	(2)	認知症対応型通所介護計画は、居宅サービス計画の内容に沿って作成していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			認知症対応型通所介護計画 (現地確認)	※ (適 ・ 要検討 ・ 否)
	(3)	認知症対応型通所介護計画の内容について利用者又はその家族に対して説明をし、利用者の同意を得ていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			認知症対応型通所介護計画 (現地確認)	※ (適 ・ 要検討 ・ 否)
	(4)	認知症対応型通所介護計画を利用者に交付していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				※ (適 ・ 要検討 ・ 否)
	(5)	認知症対応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ますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			実施状況記録、評価記録 (現地確認)	※ (適 ・ 要検討 ・ 否)
	(6)	認知症対応型通所介護計画の作成後、当該認知症対応型通所介護計画の実施状況の把握を行い、必要に応じて当該認知症対応型通所介護計画の変更を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			認知症対応型通所介護計画 (現地確認)	※ (適 ・ 要検討 ・ 否)
		認知症対応型通所介護計画を変更する場合は、上記(1)～(5)を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			認知症対応型通所介護計画 (現地確認)	※ (適 ・ 要検討 ・ 否)
(7)	居宅サービス計画を作成している居宅介護支援事業所から認知症対応型通所介護計画の提供の依頼があった際には協力していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
17 利用者に関する市への通知	(1)	利用者が以下のいずれかの事項に該当する場合には、遅滞なく、意見を付してその旨を市へ通知していますか。 ・ 正当な理由なしに指定認知症対応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 ・ 偽りその他不正な行為により保険給付を受け、又は受けようとしたとき	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		基準第29条準用 予防基準第25条		※ (適 ・ 要検討 ・ 否)
18 緊急時等の対応	(1)	利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治医への連絡を行う等の必要な措置を講じていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		基準第54条準用 予防基準第26条		※ (適 ・ 要検討 ・ 否)

点検項目	確認事項		点検結果		備 考	根拠条文	参照	記 入 欄
			適	不適				
19 管理者の責務	(1)	管理者は、事業所の従業員の管理及び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ますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		基準第60条の11 予防基準第27条		※（ 適 ・ 要検討 ・ 否 ）
20 指定介護予防認知症対応型通所介護の具体的取扱方針	(1)	従業員は、介護予防認知症対応型通所介護計画に基づくサービスの提供の開始時から、当該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、モニタリングを行っていますか。 また、管理者は、モニタリングの結果を記録し、それを介護予防サービス計画を作成した指定介護予防支援事業者に報告していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		予防基準第43条		
21 運営規程	(1)	以下の事項を運営規程に定めていますか。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 事業の目的及び運営の方針 ・ 従業員の職種、員数及び職務の内容 ・ 営業日及び営業時間 ・ サービスの利用定員 ・ サービスの内容及び利用料その他の費用の額 ・ 通常の事業の実施地域 ・ サービスの利用に当たっての留意事項 ・ 緊急時等における対応方法 ・ 非常災害対策 ・ その他運営に関する重要事項 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		基準第74条 予防基準第28条	運営規程	※（ 適 ・ 要検討 ・ 否 ）
22 勤務体制の確保等	(1)	利用者に対し、適切な指定認知症対応型通所介護を提供できるよう、事業所ごとに従業員の勤務の体制（日々の勤務時間、常勤・非常勤の別等）を定めていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		基準第60条の13 予防基準第29条	勤務実績表、組織図、辞令、雇用契約書等	※（ 適 ・ 要検討 ・ 否 ）
	(2)	事業所ごとに、事業所の従業員によって指定認知症対応型通所介護を提供していますか。 ※ 調理、洗濯等の利用者の処遇に直接影響を及ぼさない業務は除く。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	(3)	従業員の資質の向上のために、研修の機会を確保していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				状況報告書 3(5)

点検項目	確認事項		点検結果		備 考	根拠条文	参照	記 入 欄
			適	不適				
23 定員の遵守	(1)	利用定員を超えずに、指定認知症対応型通所介護の提供を行っていますか。 ※ 災害その他のやむを得ない事情がある場合は、この限りではない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		基準第60条の14 予防基準第30	勤務実績表	※ (適 ・ 要検討 ・ 否)
24 非常災害対策	(1)	事業者は、非常災害に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関等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していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		基準第60条の15 予防基準第31条		※ (適 ・ 要検討 ・ 否)
	(2)	非常災害に備えるため、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			状況報告書 3(3)消防・防災体制等の状況	※ (適 ・ 要検討 ・ 否)
	(3)	(1)に規定する具体的計画は、想定される非常災害の の 態様ごとに、その程度及び規模に応じたものですか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				※ (適 ・ 要検討 ・ 否)
	(4)	医療機関、他の社会福祉施設及び地域住民と非常災害時における連携及び協力関係を構築するよう努めていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				※ (適 ・ 要検討 ・ 否)
25 衛生管理等	(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ますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		基準第60条の16 予防基準第32条		※ (適 ・ 要検討 ・ 否)
	(2)	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、常に密接な連携を保っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				※ (適 ・ 要検討 ・ 否)
	(3)	インフルエンザ、腸管出血性大腸菌感染症、レジオネラ症等の対策について、その発生及びまん延を防止するため厚労省担当課長通知等に基づき適切な措置を講じていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				※ (適 ・ 要検討 ・ 否)
26 掲示	(1)	事業所の見やすい場所に、運営規程の概要、従業員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ますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		基準第35条準用 予防基準第33条	現地確認	※ (適 ・ 要検討 ・ 否)
27 秘密保持等	(1)	従業員又は従業員であった者が正当な理由なく、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のないよう必要な措置を講じていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		基準第36条準用 予防基準第34条	状況報告書 3(8)	※ (適 ・ 要検討 ・ 否)
	(2)	サービス担当者会議等において、利用者又はその家族の個人情報を用いる場合の同意をあらかじめ文書により得ていますか。 ※ 指定認知症対応型通所介護の提供開始時における包括的な同意で可	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			重要事項説明書	※ (適 ・ 要検討 ・ 否)

点検項目	確認事項		点検結果		備考	根拠条文	参照	記入欄
			適	不適				
28 広告	(1)	虚偽又は誇大な広告をしていませんか。 《注意》 していない場合は「適」に、している場合は「不適」にチェックしてください。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		基準第37条準用 予防基準第35条		※（適・要検討・否）
29 指定居宅介護支援事業者に対する利益供与の ^{林,レ}	(1)	指定居宅介護支援事業者又はその従業者に対し、利用者に特定の事業者によるサービスを利用させることの対償として、金品その他の財産上の利益を供与していませんか。 《注意》 していない場合は「適」に、している場合は「不適」にチェックしてください。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		基準第38条準用 予防基準第36条		※（適・要検討・否）
30 苦情処理	(1)	提供した指定認知症対応型通所介護に係る利用者又は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ますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		基準第39条準用 予防基準第37条	重要事項説明書	※（適・要検討・否）
	(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ますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			苦情記録（現地確認）	※（適・要検討・否）
	(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を自ら行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			状況報告書 3(4)	※（適・要検討・否）
	(4)	指定認知症対応型通所介護に対する苦情に関する市・国保連の調査に協力し、指導助言に従って必要な改善を行っていますか。 ※ 市又は国保連からの求めがあった場合、改善の内容を報告することを含む。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				※（適・要検討・否）

点検項目	確認事項	点検結果		備 考	根拠条文	参照	記 入 欄	
		適	不適					
31 地域との連携等	(1)	指定認知症対応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、市の職員又は指定認知症対応型通所介護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、認知症対応型通所介護について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活動状況を報告し、評価を受けるとともに、必要な要望、助言等を聴く機会を設けていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		基準第60条の17 予防基準第40条	運営推進会議の記録	※（ 適 ・ 要検討 ・ 否 ）
	(2)	(1)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ますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				※（ 適 ・ 要検討 ・ 否 ）
	(3)	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を行う等の地域との交流を図っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				※（ 適 ・ 要検討 ・ 否 ）
	(4)	提供した指定認知症対応型通所介護に関する利用者からの苦情に関して、市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ますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				※（ 適 ・ 要検討 ・ 否 ）
	(5)	指定認知症対応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認知症対応型通所介護を提供する場合は、当該建物に居住する利用者以外の者に対しても指定認知症対応型通所介護の提供を行うよう努めていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				※（ 適 ・ 要検討 ・ 否 ）

点検項目	確認事項		点検結果		備 考	根拠条文	参照	記 入 欄	
			適	不適					
32 事故発生時の対応	(1)	指定認知症対応型通所介護の提供により事故が発生した場合は、市、利用者の家族、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ますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		基準第60条の18 予防基準第38条	状況報告書 3(3)	※ (適 ・ 要検討 ・ 否)	
	(2)	事故の状況及び事故の際にとった処置について、記録していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				事故、ヒヤリハット記録(現地確認)	※ (適 ・ 要検討 ・ 否)
	(3)	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ますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				状況報告書 3(3)	※ (適 ・ 要検討 ・ 否)
	(4)	事故が生じた際には、原因を究明し、再発生を防ぐための対策を講じていますか。(過去に事故が生じていない場合、事故に備えて対策を講じていますか。)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				状況報告書 3(3)	※ (適 ・ 要検討 ・ 否)
	(5)	夜間及び深夜に当該事業所の利用者を宿泊させる等のサービスにおいて事故が発生した場合にも、(1)及び(2)と同様の対応を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					※ (適 ・ 要検討 ・ 否)
33 会計の区分	(1)	事業所ごとに経理を区分するとともに、他の事業との会計を区分していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		基準第42条準用 予防基準第39条		※ (適 ・ 要検討 ・ 否)	
34 記録の整備	(1)	従業者、設備、備品及び会計に関する諸記録を整備していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		基準第80条 予防基準第41条	(現地確認)	※ (適 ・ 要検討 ・ 否)	
	(2)	指定認知症対応型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年間保存していますか。 ・ 認知症対応型通所介護計画 ・ 提供した具体的なサービスの内容等の記録 ・ 利用者に関する市への通知に係る記録 ・ 苦情の内容等の記録 ・ 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 ・ 運営推進会議に係る報告、評価、要望、助言等の記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				(現地確認)	※ (適 ・ 要検討 ・ 否)

勤務実績表(生活相談員, 介護職員を除く)

記入例

事業所名	〇〇〇〇〇		
サービスの種類	認知症対応型通所介護		
当該事業所における常勤の従業者(1人当たり)が1週間に勤務すべき時間数	40	時間	
利用定員	18	人	
サービス提供時間帯	9:30 ~ 16:00	(6.5 時間)	※利用者を施設に迎えてから送り出すまでの時間(送迎時間を除く。)

(年 月分) 基準上規定されている職種の全職員について記載すること

職種	勤務形態	氏名	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	備考
			曜日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	
管理者	B	●田●男	8	8	8	8	8	×	×	8	8	8	0	1	×	×	8	8	1	8	8	×	×				
医師	D	■上■郎	2	×	2	×	2	×	×	2	×	2	×	2	×	×	2	×	2	×	2	×	×				
看護職員	A	△山△子	8	8	8	8	8	×	×	8	8	8	研修	研修	×	×	8	8	有休	8	8	×	×				
看護職員	B	●田●男	0	0	0	0	0	×	×	0	0	0	8	7	×	×	0	0	7	0	0	×	×				
看護職員	C	○山○助	6	6	6	6	6	×	×	6	6	6	6	6	×	×	6	6	6	6	6	×	×				
看護職員	A	◇川◇花	8	8	8	8	8	×	×	8	8	8	有休	有休	×	×	8	8	8	8	8	×	×				
看護職員	C	○富○恵	6	6	6	6	6	×	×	6	6	6	6	6	×	×	6	6	6	6	6	×	×				
看護職員	D	▲下▲子	6	6	×	0	6	×	×	6	0	×	6	6	×	×	0	0	0	×	6	×	×				
看護職員	C	○木○貴	6	6	6	6	6	×	×	6	6	6	6	6	×	×	6	6	6	6	6	×	×				
看護職員	A	□藤□子	8	8	8	有休	8	×	×	8	有休	8	8	8	×	×	研修	研修	研修	8	8	×	×				
看護職員	B	◆海◆美	4	4	4	4	4	×	×	4	4	4	4	4	×	×	4	4	4	4	4	×	×				
看護職員	D	▲下▲子	0	0	×	6	0	×	×	0	6	×	0	0	×	×	6	6	6	×	0	×	×				
機能訓練指導員	B	◆海◆美	4	4	4	4	4	×	×	4	4	4	4	4	×	×	4	4	4	4	4	×	×				

省略

注1: 「勤務形態」欄は、常勤・専従の場合は「A」、常勤・兼務の場合は「B」、非常勤・専従の場合は「C」、非常勤・兼務の場合は「D」と記入すること。
 注2: 1月間の勤務時間数を1日毎に記入すること。公休の場合は「×」を記入、その他は内容が分かる表記とすること。(例:有給休暇 → 「有休」、育児休暇
 注3: 基準上規定されている職種の全職員について、職種ごとに分けて記入すること。
 注4: 実施単位が複数ある場合は、実施単位毎に記入すること。
 注5: 兼務職員の勤務時間を職種別に明確に区分することができない場合はまとめて表記することが可。

勤務実績表(生活相談員, 介護職員用)

事業所名	デイサービス〇〇		
サービスの種類	認知症対応型通所介護		
当該事業所における常勤の従業者(1人当たり)が1週間に勤務すべき時間数	40	時間	
利用定員	18 人		
サービス提供時間帯	9:00 ~	16:00	(7 時間) ※利用者を施設に迎えてから送り出すまでの時間(送迎時間を除く。)

(年 月分) (1 単位目)

職種	勤務形態	氏名	曜日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	合計	備考	
				月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水			
生活相談員	A	△山△子	勤務	8	8	8	8	8	×	×	8	8	8	8	8	×	×	8	8	8	8	8	×	×	8	8	8	8	8	×	×	8	8	8	184		
			サ堤	6	6	6	6	6	×	×	6	6	6	6	6	×	×	6	6	6	6	6	6	×	×	6	6	6	6	6	×	×	6	6			6
生活相談員	B	●田●男	勤務	6	6	6	6	6	×	×	6	6	6	6	6	×	×	6	6	6	6	6	×	×	6	6	6	6	6	×	×	6	6	6	138		
			サ堤	4	4	4	4	4	×	×	4	4	4	4	4	×	×	4	4	4	4	4	4	×	×	4	4	4	4	4	×	×	4	4			4
介護職員	A	◇川◇花	勤務	8	8	8	8	8	×	×	8	8	8	8	8	×	×	8	8	8	8	8	×	×	8	8	8	8	8	×	×	8	8	8	184		
			サ堤	6	6	6	6	6	×	×	6	6	6	6	6	×	×	6	6	6	6	6	6	×	×	6	6	6	6	6	×	×	6	6			6
介護職員	C	○富○恵	勤務	4	4	×	4	4	×	×	4	4	4	×	4	×	×	4	4	4	×	4	×	×	4	4	4	×	4	×	×	4	4	4	76		
			サ堤	3	3	×	3	3	×	×	3	3	3	×	3	×	×	3	3	3	×	3	×	×	3	3	3	×	3	×	×	3	3	3			
介護職員	D	▲下▲子	勤務	4	4	4	×	4	×	×	4	4	×	4	4	×	×	4	×	4	4	4	×	×	4	×	4	4	4	×	×	4	4	4	76		
			サ堤	3	3	3	×	3	×	×	3	3	×	3	3	×	×	3	×	3	3	3	×	×	3	×	3	3	3	×	×	3	3	3			
			勤務																																		
			サ堤																																		
利用者数(実績)				18	16	11	14	18	8	0	18	15	12	15	14	0	0	15	15	12	14	17	0	0	15	15	12	14	17	0	0	15	15	12			
必要な介護職員の提供時間数				11.2	8.4	7	7	11.2	0	0	11.2	7	7	7	7	0	0	7	7	7	7	7	9.8	0	0	7	7	7	7	9.8	0	0	7	7	7		

セルには計算式が入力されています

注1: 「勤務形態」欄は、常勤・専従の場合は「A」、常勤・兼務の場合は「B」、非常勤・専従の場合は「C」、非常勤・兼務の場合は「D」と記入すること。
 注2: 1月間の勤務時間数を1日毎に記入すること。公休の場合は「×」を記入、その他は内容が分かる表記とすること。(例:有給休暇 → 「有休」、育児休暇 → 「育休」等)
 注3: 基準上規定されている職種の全職員について、職種ごとに分けて記入すること。
 注4: 実施単位が複数ある場合は、実施単位毎に記入すること。
 注5: 兼務職員の勤務時間を職種別に明確に区分することができない場合はまとめて表記することが可。
 注6: 右のとおり、表中の用語を省略しているので、留意すること。「勤務」=勤務時間数、「サ堤」=サービス提供時間数

加算等一覧

介護給付費算定加算一覧（貴事業所で実地指導月の前々月から過去1年間で算定した加算の名称を記載すること。）

	算定加算の名称
認知症対応型通所介護	

自己点検表(加算等)

点検項目	点検事項	点検結果		
認知症対応型通所介護				
人員基準減算	看護職員又は介護職員の数が基準を満たさず、減算判定計算式により減算が必要	<input type="checkbox"/>	該当	減算判定計算（看護職員配置延日数／通所介護提供日数、介護職員総配置時間／通所介護提供総時間）
定員超過減算	1月間の地域密着型通所介護の提供を受けた者の総数を1月間の提供日数で割った数が、運営規程の定員を超えている。	<input type="checkbox"/>	該当	
同一建物に対する減算	認知症対応型通所介護事業所と同一建物に居住または同一建物から当該事業所に通所している利用者がある	<input type="checkbox"/>	該当	
	減算対象外の事例に該当せず、減算が必要	<input type="checkbox"/>	該当	減算していればチェックが必要 減算していなければチェック不要
事業所が送迎を行わない場合の減算	居宅と認知症対応型通所介護事業所間の送迎を行っていない利用者がある	<input type="checkbox"/>	該当	
8～9時間の前後に行う日常生活上の世話	8時間以上9時間未満のサービス提供	<input type="checkbox"/>	実施	
	9時間以上10時間未満のサービス提供(50単位)	<input type="checkbox"/>	実施	
	10時間以上11時間未満のサービス提供(100単位)	<input type="checkbox"/>	実施	
	11時間以上12時間未満のサービス提供(150単位)	<input type="checkbox"/>	実施	
	12時間以上13時間未満のサービス提供(200単位)	<input type="checkbox"/>	実施	
	13時間以上14時間未満のサービス提供(250単位)	<input type="checkbox"/>	実施	
	事業所の設備を利用して行う宿泊の前後に提供するものでない	<input type="checkbox"/>	該当	
入浴介助加算	入浴介助を適切に行うことができる人員の配置及び設備の設置	<input type="checkbox"/>	該当	
	入浴介助の実施	<input type="checkbox"/>	実施	

点検項目	点検事項	点検結果		
中重度者ケア体制加算	歴月ごとに、人員基準で定める看護職員又は介護職員の員数に加え、看護職員又は介護職員を常勤換算方法で2以上確保	<input type="checkbox"/>	該当	※ 加算別表1を作成すること
	前年度(3月を除く)又は届出日が属する月の前3月間の要支援者を除く利用者数の総数のうち、要介護状態区分が要介護3、4又は5である者の割合が100分の30以上	<input type="checkbox"/>	該当	
	通所介護を行う時間帯を通じて、通所介護の提供に当たる専従の看護職員を1名以上配置	<input type="checkbox"/>	該当	
	中重度の要介護者が、社会性の維持を図り在宅生活の継続に資するケアを計画的に実施するためのプログラムの作成	<input type="checkbox"/>	あり	
生活機能向上連携加算	訪問リハビリテーション又は通所リハビリテーション若しくはリハビリを実施している医療提供施設(病院の場合、200床未満又は半径4Km以内に診療所が存在しないもの)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。)が当該事業所を訪問	<input type="checkbox"/>	実施	
	理学療法士等が、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、利用者の身体の状態等の評価及び個別機能訓練計画の作成を行っている	<input type="checkbox"/>	実施	
	個別機能訓練計画には、利用者ごとにその目標、実施時間、実施方法等の内容を記載。目標は、利用者・家族の意向及び介護支援専門員の意見も踏まえ策定し、段階的な目標を設定するなど可能な限り具体的かつ分かりやすく設定	<input type="checkbox"/>	実施	
	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、利用者の心身の状態に応じて計画的に機能訓練を適切に提供	<input type="checkbox"/>	実施	
	個別機能訓練計画の進捗状況等について、3月ごとに1回以上、理学療法士等が当該事業所を訪問し、機能訓練指導員等と共同で評価	<input type="checkbox"/>	実施	
	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	<input type="checkbox"/>	実施	

点検項目	点検事項	点検結果		
	各月の評価内容や目標の達成度合いについて、利用者又はその家族、理学療法士等に報告・相談。理学療法士等から必要な助言を得た上で、当該利用者のADL・IADLの改善状況を踏まえ、必要に応じて訓練内容の見直し	<input type="checkbox"/>	実施	
	個別機能訓練に関する記録の利用者ごとの保管、閲覧への対応	<input type="checkbox"/>	実施	
個別機能訓練加算 I	サービス提供時間帯を通じて、1日120分以上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等を1名以上配置	<input type="checkbox"/>	配置	※ 加算別表2を作成すること (様式等参考) 通所介護及び短期入所生活介護における個別機能訓練加算に関する事務処理手順例及び様式例の提示について (H27. 3. 27老振発第0327第2号) 興味・関心チェックシート、居宅訪問チェックシート、個別機能訓練計画書、認知症対応型通所介護計画書
	複数の種類の機能訓練項目を準備し、項目の選択に当たっては機能訓練指導員が利用者の選択を援助し、選択した項目ごとにグループに分かれてのサービス提供を実施	<input type="checkbox"/>	実施	
	個別機能訓練計画の作成に当たり、機能訓練指導員等が利用者の居宅を訪問	<input type="checkbox"/>	実施	
	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、利用者ごとにその目標、実施方法等を内容とする個別機能訓練計画を作成	<input type="checkbox"/>	実施	
	個別機能訓練計画に基づく機能訓練の実施	<input type="checkbox"/>	実施	
	訓練の効果、実施方法に対する評価の実施	<input type="checkbox"/>	実施	
	訓練開始時に利用者等へ個別機能訓練計画の内容を説明し、記録を作成	<input type="checkbox"/>	実施	
	訓練開始後3月ごとに1回以上利用者の居宅を訪問し、生活状況を確認	<input type="checkbox"/>	実施	
	訓練開始3月ごとに1回以上利用者に対して個別機能訓練計画の内容を説明し、記録を作成	<input type="checkbox"/>	実施	
利用者ごとに、個別機能訓練に関する実施時間、訓練内容、担当者等の記録の保管、閲覧が出来るようにすること。	<input type="checkbox"/>	あり		

点検項目	点検事項	点検結果		
個別機能訓練加算Ⅱ	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	<input type="checkbox"/>	配置	※ 加算別表2を作成すること (様式等参考) 通所介護及び短期入所生活介護における個別機能訓練加算に関する事務処理手順例及び様式例の提示について(H27.3.27老振発第0327第2号) 興味・関心チェックシート, 居宅訪問チェックシート, 個別機能訓練計画書, 認知症対応型通所介護計画書
	個別機能訓練計画の作成に当たり, 機能訓練指導員等が利用者の居宅を訪問	<input type="checkbox"/>	実施	
	機能訓練指導員等が共同して, 利用者ごとの心身の状況を重視した個別機能訓練計画(目標, 実施時間, 実施方法等を記載)を作成	<input type="checkbox"/>	実施	
	適切なアセスメントを経て, 生活機能維持・向上に向けた具体的かつ分かりやすい目標を設定	<input type="checkbox"/>	実施	
	類似の目標で同様の訓練内容が設定された5人程度以下の小集団の利用者に対し, 機能訓練指導員が直接機能訓練を実施	<input type="checkbox"/>	実施	
	訓練開始後3月ごとに1回以上利用者の居宅を訪問し, 生活状況を確認	<input type="checkbox"/>	実施	
	訓練開始時及び3月ごとに1回以上計画内容(評価を含む)を説明し, 記録している	<input type="checkbox"/>	実施	
ADL維持等加算(Ⅰ)	利用者(連続して6月以上利用し, かつ, その利用期間(評価対象利用期間)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。)の総数が20人以上	<input type="checkbox"/>	該当	
	利用者の総数のうち, 評価対象利用期間の初月(評価対象利用開始月)において, 要介護状態区分が要介護3~5である者の割合が15/100以上	<input type="checkbox"/>	該当	
	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月以内である者の割合が15/100以下	<input type="checkbox"/>	該当	
	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(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(提出者)の割合が90/100以上	<input type="checkbox"/>	該当	
	評価対象利用月から6か月目に測定したADL値から, 評価対象利用月に測定したADL値を控除して得た値(ADL利得)が多い順に, 提出者の総数の上位85/100に相当する数の利用者について, 次の(1)~(3)に掲げる利用者の区分に応じ, 当該(1)~(3)までに定める値を合計して得た値が0以上 (1)ADL利得が0より大きい利用者:1 (2)ADL利得が0の利用者:0 (3)ADL利得が0未満の利用者:マイナス1	<input type="checkbox"/>	該当	

点検項目	点検事項	点検結果		
ADL維持等加算（Ⅱ）	ADL維持等加算（Ⅰ）の全要件を満たすこと	<input type="checkbox"/>	該当	
	当該指定通所介護事業所等の利用者について、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	<input type="checkbox"/>	該当	
認知症加算	歴月ごとに、人員基準で定める看護職員又は介護職員の員数に加え、看護職員又は介護職員を常勤換算方法で2以上確保	<input type="checkbox"/>	該当	※ 加算別表3を作成すること
	前年度（3月を除く）又は届出日が属する月の前3月間の要支援者を除く利用者数の総数のうち、介護を必要とする認知症の者（日常生活自立度Ⅲ以上）の割合が100分の20以上	<input type="checkbox"/>	該当	
	認知症対応型通所介護を行う時間帯を通じて、専ら認知症対応型通所介護の提供に当たる認知症介護に係る専門的・実践的な研修等を受けた者を1名以上配置	<input type="checkbox"/>	該当	
	認知症の症状の進行の緩和に資するケアを計画的に実施するプログラムを作成	<input type="checkbox"/>	あり	
若年性認知症利用者受入加算	若年性認知症利用者ごとに個別に担当者を定める	<input type="checkbox"/>	該当	
	利用者の特性やニーズに応じた適切な地域密着型通所介護の提供の実施	<input type="checkbox"/>	該当	
	認知症加算を算定していない	<input type="checkbox"/>	該当	
栄養改善加算	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	<input type="checkbox"/>	配置	※ 加算別表4を作成すること (様式等参考) 居宅サービスにおける栄養ケア・マネジメント等に関する事務処理手順例及び様式例の提示について（H18.3.31老老発第0331009号） 栄養ケア計画書、栄養スクリーニング、栄養アセスメント・モニタリング
	栄養改善サービスの提供が必要な利用者である	<input type="checkbox"/>	該当	
	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」）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	<input type="checkbox"/>	あり	
	利用者等に対する栄養ケア計画の説明及び同意	<input type="checkbox"/>	あり	
	利用者ごとに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	<input type="checkbox"/>	あり	
	おおむね3月ごとに栄養ケア計画の評価、ケアマネ等に対する情報提供	<input type="checkbox"/>	実施	
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/>	適合	
	1月当たり2回以下の算定	<input type="checkbox"/>	適合	

点検項目	点検事項	点検結果		
栄養スクリーニング加算	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	<input type="checkbox"/>	実施	
	利用者の栄養状態に関する情報を当該利用者を担当する介護支援専門員に提供	<input type="checkbox"/>	実施	
	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ない	<input type="checkbox"/>	該当	
	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期間は算定していない	<input type="checkbox"/>	該当	
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/>	適合	
口腔機能向上加算	言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員を1名以上配置	<input type="checkbox"/>	配置	※ 加算別表5を作成すること (様式等参考) 口腔機能向上加算等に関する事務処理手順例及び様式例の提示について(H18.3.31老老発第0331008号) 口腔機能向上サービスの管理指導計画・実施記録、口腔機能向上サービスの記録(アセスメント・モニタリング・評価)
	口腔機能向上サービスの提供が必要な利用者である	<input type="checkbox"/>	該当	
	医療における対応の必要性	<input type="checkbox"/>	なし	
	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	<input type="checkbox"/>	あり	
	利用者等に対する口腔機能改善管理指導計画の説明及び同意	<input type="checkbox"/>	あり	
	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提供し、利用者の口腔機能を定期的に記録作成	<input type="checkbox"/>	あり	
	おおむね3月ごとに利用者毎の計画の進捗状況を定期的に評価、ケアマネ等への情報提供	<input type="checkbox"/>	実施	
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/>	適合	
	1月当たり2回以下の算定	<input type="checkbox"/>	適合	
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	厚生労働大臣の定める地域	<input type="checkbox"/>	該当	

点検項目	点検事項	点検結果		
サービス提供体制強化加算Ⅰ（イ）	介護職員の総数のうち介護福祉士の占める割合が5割以上	<input type="checkbox"/>	該当	※ 加算別表6を作成すること
	定員，人員基準に適合	<input type="checkbox"/>	適合	
サービス提供体制強化加算Ⅰ（ロ）	介護職員の総数のうち介護福祉士の占める割合が4割以上	<input type="checkbox"/>	該当	※ 加算別表6を作成すること
	定員，人員基準に適合	<input type="checkbox"/>	適合	
サービス提供体制強化加算Ⅱ	直接処遇職員（生活相談員，看護職員，介護職員，機能訓練指導員）のうち勤続年数3年以上の者が3割以上	<input type="checkbox"/>	該当	※ 加算別表6を作成すること
	定員，人員基準に適合	<input type="checkbox"/>	適合	
介護職員処遇改善加算（Ⅰ） 【平成33年3月31日まで】	1 介護職員の賃金（退職手当を除く。）の改善に要する費用の見込み額が，介護職員処遇改善加算の算定見込み額を上回る賃金改善計画を策定し，当該計画に基づき適切な措置を講じている	<input type="checkbox"/>	該当	賃金改善の計画 介護職員処遇改善計画書，改善の実施状況がわかる書類 等
	2 介護職員処遇改善計画書（賃金改善計画の実施期間，実施方法，介護職員の処遇改善の計画等を記載）を作成し，全ての介護職員に周知し，市に届け出ている	<input type="checkbox"/>	該当	
	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	<input type="checkbox"/>	該当	
	4 事業年度ごとに介護職員の処遇改善の実績を市へ報告	<input type="checkbox"/>	該当	
	5 算定日が属する月の前12月間において，労働基準法（昭和22年法律第49号），労働者災害補償保険法（昭和22年法律第50号），最低賃金法（昭和34年法律第137号），労働安全衛生法（昭和47年法律第57号），雇用保険法（昭和49年法律第116号）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る	<input type="checkbox"/>	非該当	
	6 労働保険料の納付を適正に行っている	<input type="checkbox"/>	該当	
	7 次の①，②及び③のいずれにも該当 ①介護職員の任用の際，職責又は職務内容等（賃金に関するものを含む）の要件を書面で定め，全ての介護職員に周知している ②介護職員の資質向上の支援に関する計画を策定し，当該計画に基づき研修を実施又は研修の機会を確保し，それを全ての介護職員に周知している ③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に昇給を判断する仕組みを書面で定め，それを全ての介護職員に周知している	<input type="checkbox"/>	該当	

点検項目	点検事項	点検結果		
	8 これまで(平成27年4月から2の届出の日の属する月の前月まで)の介護職員の処遇改善内容, 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	<input type="checkbox"/>	該当	
介護職員処遇改善加算(Ⅱ) 【平成33年3月31日まで】	介護職員処遇改善加算(Ⅰ)の1から6及び8のいずれにも適合し, かつ, 7の①及び②に適合	<input type="checkbox"/>	該当	
介護職員処遇改善加算(Ⅲ) 【平成33年3月31日まで】	介護職員処遇改善加算(Ⅰ)の1から6及び8のいずれにも適合し, かつ, 7の①及び②のいずれかに適合	<input type="checkbox"/>	該当	8のうち, 「平成27年4月」は「平成20年10月」に読み替えること。
介護職員処遇改善加算(Ⅳ) 【厚生労働大臣が定める期日まで】	介護職員処遇改善加算(Ⅰ)の1から6のいずれにも適合し, かつ, 7の①, 7の②又は8のいずれかに適合	<input type="checkbox"/>	該当	8のうち, 「平成27年4月」は「平成20年10月」に読み替えること。
介護職員処遇改善加算(Ⅴ) 【厚生労働大臣が定める期日まで】	介護職員処遇改善加算(Ⅰ)の1から6のいずれにも適合	<input type="checkbox"/>	該当	賃金改善の計画 介護職員処遇改善計画書, 改善の実施状況がわかる書類 等

加算別表1

中重度者ケア体制加算について

○中重度者の利用者の状況等

	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	計
対象者数※ ①(②+③+④)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0 名
要介護度3の利用者数 ②														0 名
要介護度4の利用者数 ③														0 名
要介護度5の利用者数 ④														0 名
利用者総数 ⑤														0 名
対象者の割合 ①/⑤*100				#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0! %

※1 月末時点の利用実人員数又は利用延人員数の状況を記入すること(要支援者を除く)。

※2 実地指導実施月の属する前年度の、3月を除く実績を記載すること。

※3 実地指導実施月の属する前年度の実績が6月未満又は前年度の中重度者の割合が100分の30未満の場合は、実地指導実施月の前々月から過去1年間の状況を記載すること。

加算別表2

個別機能訓練加算について

○個別機能訓練加算を算定した利用者

利用者名	利用開始日	居宅への訪問年月日	個別機能訓練計画作成日	左記計画作成担当者及び共同作成者の職種	左記計画の利用者への説明日	第1回評価実施年月日	居宅への訪問年月日	個別機能訓練計画作成日(更新・変更)	左記計画の利用者への説明日	第2回評価実施年月日
①
②
③
④

※1 実地指導月の6か月前に利用を開始した者についての状況を記載してください。なお、当該月に該当がない場合は、当該月以前の月で当該事例のある月の利用を開始した者について記載してください。

※2 「左記計画作成担当者及び共同作成者の職種」とは、個別機能訓練計画作成に当たって共同して作成した者の職種を記載してください。

※3 「左記計画の利用者への説明日」については、個別機能訓練計画を利用者等に説明し(て同意をもら)た日を記載してください。

※4 「個別機能訓練に関する記録」の「担当者名」、「訓練内容」、「実施時間」については、個別機能訓練に関する記録の中でそれぞれ記録されている場合、「有」を、記録されていない場合、「無」と記載願います。

※5 「居宅への訪問年月日」については、機能訓練指導員等が利用者の居宅へ訪問し、生活状況の確認・計画内容の説明等を行った日を記載してください。

○個別機能訓練加算を算定した利用者[続き]

【実地指導実施月の前々月の状況】

利用者	個別機能訓練に関する記録		
	担当者名	訓練内容	実施時間
①			
②			
③			
④			

○理学療法士等の配置

(年 月)

職員名	常勤・非常勤	専従・兼務	兼務の職種	辞令等の有無	備考

※1 「常勤・非常勤」、「専従・兼務」は、該当する勤務形態を記載してください。

※2 「辞令等の有無」には、事業所において、当該職員を機能訓練指導員業務に専従(担当)させていることが分かる辞令又は雇用契約書等の有無について記載してください。

加算別表3

認知症加算について

○介護を必要とする認知症の者の状況等

	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	計
対象者数※ ①(②+③+④)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0 名
日常生活自立度ランクⅢの 利用者数 ②														0 名
日常生活自立度ランクⅣの 利用者数 ③														0 名
日常生活自立度ランクMの 利用者数 ④														0 名
利用者総数 ⑤														0 名
対象者の割合 ①/⑤*100				#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0! %

※1 月末時点の利用実人員数又は利用延人員数の状況を記入すること(要支援者を除く)。

※2 実地指導実施月の属する前年度の、3月を除く実績を記載すること。

※3 実地指導実施月の属する前年度の実績が6月未満又は前年度の介護を必要とする認知症者の割合が100分の30未満の場合は、実地指導実施月の前々月から過去1年間の状況を記載すること。

○認知症介護の提供に当たる専門的な研修等修了者

職員名	認知症介護指導者研修	認知症介護実践リーダー研修	認知症介護実践者研修
	年 月 日修了	年 月 日修了	年 月 日修了
	年 月 日修了	年 月 日修了	年 月 日修了
	年 月 日修了	年 月 日修了	年 月 日修了

←該当する研修の修了年月日を記入してください。

※ 上記研修は、「認知症介護実践者等養成事業の実施について」(平成18年3月31日老発第0331010号厚生労働省老健局長通知)及び「認知症介護実践者等養成事業の円滑な運営について」(平成18年3月31日老計第0331007号厚生労働省老健局長通知)に規定するものをいう。

加算別表4

栄養改善加算について

○栄養改善加算を算定した利用者の栄養ケア計画作成状況

No.	利用者名	利用開始日	栄養改善サービスの必要性						低栄養状態のリスクレベル	栄養ケア計画作成日	栄養ケア計画作成担当者及び共同作成者の職種名	栄養ケア計画の利用者等の同意取得日
			BMIが18.5未満	1～6月で3%以上の体重減	6ヶ月間で2～3kg以上の体重減	血清アルブミン値が3.5g/dl以下	食事摂取量が不良(75%以下)	その他低栄養状態にある又はそのおそれがあると認められる者				
1												
2												
3												
4												

※1 実地指導月の6か月前に利用開始した者についての状況を記載してください。なお、当該月に該当がない場合は、当該月以前の月で当該事例のある月の利用開始した者について記載してください。

※2 「栄養改善サービスの必要性」は、該当するものに○を記入してください。

※3 「低栄養状態のリスクレベル」には「高」、「中」、「低」を記載してください。

○栄養改善加算を算定した利用者の栄養ケア計画作成状況(評価・計画見直し)

No.	利用者名	第1回				第2回			
		栄養状態の評価	評価結果のケアマネ等への情報提供の有無	栄養ケア計画の見直しの有無	栄養ケア計画の利用者等の同意取得日	栄養状態の評価	評価結果のケアマネ等への情報提供の有無	栄養ケア計画の見直しの有無	栄養ケア計画の利用者等の同意取得日
1									
2									
3									
4									

※1 「栄養状態の評価」には評価を実施した日付を記載してください。

※2 「評価結果のケアマネ等への情報提供の有無」、「栄養ケア計画の見直しの有無」には、実施の有無を上段に、実施した日付を下段に記載してください。

加算別表5

口腔機能向上加算について

○口腔機能向上加算を算定した利用者の口腔機能改善管理指導計画作成状況

No.	利用者名	利用開始日	口腔機能向上サービスの必要性				口腔機能改善管理指導計画作成日	口腔機能改善管理指導計画作成担当者及び共同作成者の職種名	口腔機能改善管理指導計画の利用者等の同意取得日
			認定調査票で嚥下、食事摂取、口腔清潔のいずれかが「1」以外	基本チェックリストの口腔機能に関連する3項目の内2項目以上が「1」	その他口腔機能の低下している者又はそのおそれのある者	その他の内容			
1									
2									
3									
4									

※1 実地指導月の6か月前に利用開始した者についての状況を記載してください。なお、当該月に該当がない場合は、当該月以前の月で当該事例のある月の利用開始した者について記載してください。

※2 「口腔機能向上サービスの必要性」は、該当するものに○を記入してください。「その他」の場合は、内容も記入してください。

○口腔機能向上加算を算定した利用者の口腔機能改善管理指導計画作成状況(評価・モニタリング状況)

No.	利用者名	第1回評価等				第2回評価等				モニタリング記録							
		口腔機能の状態の評価	継続・終了の判断	評価結果の利用者等への説明	ケアマネ等への情報提供	口腔機能の状態の評価	継続・終了の判断	評価結果の利用者等への説明	ケアマネ等への情報提供	第1回	第2回	第3回	第4回	第5回	第6回	第7回	第8回
1																	
2																	
3																	
4																	

※1 「口腔機能の状態の評価」、「評価結果の利用者等への説明」には実施した日付を記載してください。

※2 「継続・終了の判断」には、判断結果を上段に、判断した日付を下段に記載してください。

※3 「ケアマネ等への情報提供」には、介護支援専門員、主治医等へ情報提供した日付を記載してください。

※4 「モニタリング記録」には、モニタリングを実施した日付を記載してください。

加算別表 6

サービス提供体制強化加算

サービス提供体制加算を算定している事業所のみ、記入してください。

サービス提供体制加算(I)の場合

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	計(人)
① 介護職員の総数（常勤換算）												0
② ①のうち介護福祉士の総数（常勤換算）												0
②/①												#DIV/0! (%)

※1 前年度（3月を除く）実績を記入すること。

※2 介護福祉士については、各月の前月の末日時点で資格を取得している者とする。

※3 前年度の実績が6月に満たない事業所は、前年度の実績による加算の届出はできません。

前3月の実績により届出を行った事業所は、届出を行った月以降の実績を提出してください。

サービス提供体制加算(II)の場合

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	計(人)
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（常勤換算）												0
② ①のうち勤続年数3年以上の職員の総数（常勤換算）												0
②/①												#DIV/0! (%)

※1 前年度（3月を除く）実績を記入すること。

※2 指定認知症対応型所介護を利用者に直接提供する職員とは、生活相談員・介護職員・看護職員・機能訓練指導員を指す。

※3 勤続年数とは各月の前月末日時点における勤続年数をいう。

例 平成31年4月における勤続年数3年以上の者とは、平成31年3月31日時点で勤続年数が3年以上の者をいう。

勤続年数の算定に当たっては、当該事業所における勤務年数に加え、同一法人の経営する他の介護サービス事業所、病院、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勤務した年数を含めることができる。

※4 前年度の実績が6月に満たない事業所は、前年度の実績による加算の届出はできません。

前3月の実績により届出を行った事業所は、届出を行った月以降の実績を提出してください。