

自己点検表（地域密着型通所介護）

事業所名	
点検者職・氏名	
点検年月日	令和 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。
 ○各シート（指定基準、介護給付費、加算等一覧、勤務実績表、加算別表）を記入し、提出してください。
 ○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」を指します。
 ○「確認項目」「確認文書等」の欄については、厚生労働省老健局長通知「介護保険施設等運営指導マニュアルについて」（令和6年7月4日老発0704第67号）を根拠としています。

点検項目	確認項目	具体的内容	点検結果		根拠条文	確認書類等
			適	不適		
I 人員基準						
1	従業者の員数 ・利用者に対し、従業者の員数は適切ですか ・必要な専門職が配置されていますか ・必要な資格を有していますか	【生活相談員】 単位の数にかかわらず、指定地域密着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、専ら指定地域密着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る ※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（※）となっている 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"/>	基準第60条の3	・勤務体制一覧表 ・勤務実績表 ・タイムカード等 ・資格証の写し等 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めることができる

点検項目	確認項目	具体的内容	点検結果		根拠条文	確認書類等
			適	不適		
		<p>【看護職員（看護師又は准看護師）】</p> <p>単位毎に、専ら指定地域密着型通所介護の提供に当たる看護職員が1以上確保されるために必要と認められる数を配置している</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"/>		<ul style="list-style-type: none"> ・勤務体制一覧表 ・勤務実績表 ・タイムカード ・従業者の資格証
		<p>【介護職員】</p> <p>単位毎に、提供時間数に応じて、専ら指定地域密着型通所介護の提供に当たる介護職員を確保している</p> <p>※ 利用者数が15人までの場合</p> <p>※ 利用者数が16人以上の場合</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		<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人以上配置している</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		<p>【機能訓練指導員】</p> <p>機能訓練指導員を1以上配置している</p> <p>機能訓練指導員の数（ 人）</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		<p>機能訓練指導員は、日常生活を営むのに必要な機能を改善し、又はその減退を防止するための訓練を行う能力を有する者（※）が配置されている</p> <p>※ 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）</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		<p>生活相談員又は介護職員のうち1人以上は、常勤となっている</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

点検項目	確認項目	具体的内容	点検結果		根拠条文	確認書類等
			適	不適		
2 管理者	・管理者は常勤専従ですか、他の職務を兼務している場合、兼務体制は適切ですか	常勤の管理者を配置している	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	基準第60条の4	<ul style="list-style-type: none"> ・管理者の雇用形態がわかるもの ・勤務体制一覧表 ・勤務実績表 ・タイムカード等
		管理者は、専ら指定地域密着型通所介護事業所の管理業務に常勤で従事している 《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、以下の回答は不要です 専従していない場合は「不適」にチェックし、以下の回答をしてください ※ 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"/>		
		管理者が他の職種等を兼務している場合、兼務形態は適切である → 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 () ・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"/>		

点検項目	確認項目	具体的内容	点検結果		根拠条文	確認書類等
			適	不適		
Ⅱ 設備基準						
3 設備及び備品等	<ul style="list-style-type: none"> ・指定申請時（更新時含む）又は直近の変更届の平面図に合致していますか ・使用目的に沿って使われています 	<p>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</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	基準第60条の5	<ul style="list-style-type: none"> ・平面図 ・市への届出
		<p>上記の設備は、専ら指定地域密着型通所介護の事業の用に供されている</p> <p>《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</p> <p>※ 利用者の処遇に支障がない場合は、この限りでない</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		<p>上記の設備を利用し、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る</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		<p>【食堂、機能訓練室】</p> <p>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る</p> <p>※ 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ていれば、同一の場所として可</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		<p>【相談室】</p> <p>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る</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		<p>【消火設備その他非常災害に際して必要な設備】</p> <p>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る</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

点検項目	確認項目	具体的内容	点検結果		根拠条文	確認書類等			
			適	不適					
Ⅲ 運営基準									
4	内容及び手続の説明及び同意	・利用申込者又はその家族へ説明を行い、同意を得ていますか	指定地域密着型通所介護の提供の開始に際し、利用申込者又はその家族に対し、重要事項（※）について記した文書を交付して説明を行い、提供の開始について利用申込者の同意を得ている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	基準第10条準用	・重要事項説明書 ・利用契約書		
		・重要事項説明書の内容に不備等はないですか						※重要事項説明書に記載されているものについて、チェックしてください	
		項目						記入欄	
		運営規程の概要						<input type="checkbox"/>	
		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（実施の有無、実施した直近の年月日、実施した評価機関の名称、評価結果の開示状況）		<input type="checkbox"/>							
		指定地域密着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る	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
5	受給資格等の確認	・被保険者資格、要介護認定の有無、要介護認定の有効期限を確認していますか	被保険者証によって、被保険者資格、要介護認定の有無、要介護認定の有効期限を確認している	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	基準第13条準用	・被保険者証の写し等		
6	心身の状況等の把握	・サービス担当者会議等に参加し、利用者の心身の状況把握に努めていますか	利用者に係る居宅介護支援事業者が開催するサービス担当者会議等を通じて、利用者の心身の状況、その置かれている環境等の把握に努めている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	基準第60条の6	・サービス担当者会議の記録		
7	居宅介護支援事業者等との連携	・サービス担当者会議等を通じて介護支援専門員や他サービスと密接な連携に努めていますか	指定地域密着型通所介護を提供するに当たっては、居宅介護支援事業者その他保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	基準第16条準用	・支援経過記録		
8	居宅サービス計画に沿ったサービスの提供	・居宅サービス計画に沿ったサービスが提供されていますか	居宅サービス計画に沿ったサービスが提供されている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	基準第18条準用	・居宅サービス計画 ・通所介護計画（利用者又は家族の同意があったことがわかるもの）		

点検項目	確認項目	具体的内容	点検結果		根拠条文	確認書類等
			適	不適		
9 サービスの提供の記録	・ 居宅サービス計画等にサービス提供日及び内容、介護保険法第42条の2第6項の規定により利用者に代わって支払いを受ける費用の額等が記載されていますか	居宅サービス計画等にサービス提供日及び内容、介護保険法第42条の2第6項の規定により利用者に代わって支払いを受ける費用の額等が記載されている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	基準第21条準用	・ サービス提供記録 ・ 送迎記録がわかるもの
	・ サービス提供記録に提供した具体的サービス内容等が記録されていますか	指定地域密着型通所介護を提供した際は、その提供日、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る	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	・ 送迎が適切に行われていますか	送迎が適切に行われている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
10 利用料等の受領	・ 利用者からの費用徴収は適切に行われていますか	法定代理受領サービスの場合、利用者から利用者負担分の支払を受けている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	基準第60条の7	・ 請求書 ・ 領収書
		法定代理受領サービスである場合と、そうでない場合との間に不合理な差額を設けていない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		上記の支払いを受ける額のほか、次に掲げる費用の額以外の支払いを利用者から受けていない ①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 ②指定通所介護に通常要する時間を超える指定通所介護であって利用者の選定に係るものの提供に伴い必要となる費用の範囲内において、通常の指定通所介護に係る居宅介護サービス費用基準額を超える費用 ③食事の提供に要する費用 ④おむつ代 ⑤前各号に掲げるもののほか、指定通所介護の提供において提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係る費用であって、その利用者に負担させることが適当と認められる費用	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		前項の費用の額に係るサービス提供に当たっては、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し、同意を得ている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		・ 領収書を発行していますか	サービスの提供に要した費用の支払いを受けた際、領収証を交付している	<input type="checkbox"/>		
		領収証には、それぞれ個別の費用ごとに区分して記載している	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

点検項目	確認項目	具体的内容	点検結果		根拠条文	確認書類等
			適	不適		
11 指定地域密着型通所介護の具体的取扱方針	生命又は身体を保護するため、緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等（身体拘束その他利用者の行動を制限する行為を含む）を行っていませんか	指定地域密着型通所介護の提供に当たっては、当該利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため、緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等（身体拘束その他利用者の行動を制限する行為を含む）を行っていない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	基準第60条の9	・身体的拘束等の記録（身体的拘束等がある場合）
	身体的拘束等を行う場合に要件（切迫性、非代替性、一時性）を全て満たしていますか	身体的拘束等を行う場合に要件（切迫性、非代替性、一時性）を全て満たしている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	身体的拘束等を行う場合、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録していますか	身体的拘束等を行う場合、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録している	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
12 地域密着型通所介護計画の作成	・利用者の心身の状況、希望、その置かれている環境等を踏まえていますか	利用者の心身の状況、希望、その置かれている環境等を踏まえている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	基準第60条の10	・居宅サービス計画 ・地域密着型通所介護計画 ・アセスメントの結果がわかるもの ・モニタリングの結果がわかるもの
	・機能訓練等の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載していますか	機能訓練等の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載している	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	・居宅サービス計画に基づいて地域密着型通所介護計画が立てられていますか	居宅サービス計画に基づいて地域密着型通所介護計画が立てられている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	・利用者又はその家族への説明・同意・交付は行われていますか	利用者又はその家族への説明・同意・交付は行われている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	・利用者について、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	利用者について、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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
13 緊急時等の対応	・緊急事態が発生した場合、速やかに主治の医師に連絡していますか	利用者の病状の急変など緊急事態が発生した場合、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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	基準第54条準用	・運営規程 ・サービス提供記録

点検項目	確認項目	具体的内容	点検結果		根拠条文	確認書類等	
			適	不適			
14	運営規程	運営における以下の運営事項について定めていますか 1. 事業の目的及び運営の方針 2. 従業員の職種、員数及び職務内容 3. 営業日及び営業時間 4. 指定地域密着型通所介護の利用定員 5. 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 6. 通常の事業の実施地域 7. サービス利用に当たっての留意事項 8. 緊急時等における対応方法 9. 非常災害対策 10. 虐待の防止のための措置に関	左記の事項を運営規程に定めている			基準第60条の12	運営規程
15	勤務体制の確保等	・サービス提供は事業所の従業員によって行われていますか	サービス提供は事業所の従業員によって行われている ※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"/>	基準第60条の13 ・勤務体制一覧表 ・勤務実績表 ・雇用の形態（常勤・非常勤）がわかるもの ・研修の計画及び実績がわかるもの ・資格者証
		・資質向上のために研修の機会を確保していますか	資質向上のために研修の機会を確保している		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		・認知症介護に係る基礎的な研修を受講させるため必要な措置を講じていますか	認知症介護に係る基礎的な研修を受講させるため必要な措置を講じている		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

点検項目	確認項目	具体的内容	点検結果		根拠条文	確認書類等								
			適	不適										
	・性的言動、優越的な関係を背景とした言動による就業環境が害されることの防止に向けた方針の明確化等の措置を講じていますか	職場におけるハラスメントの防止のため、必要な措置を講じていますか ※実施しているものについて、チェックしてください	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		・職場におけるハラスメントによる就業環境悪化防止のための方針								
		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:50%;">項目</th> <th style="width:50%;">記入欄</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>・セクシュアルハラスメントの内容及びセクシュアルハラスメントを行ってはならない旨の方針の明確化及び従業者への周知・啓発</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>・パワーハラスメントの内容及びパワーハラスメントを行ってはならない旨の方針の明確化及び従業者への周知・啓発</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>・ハラスメントに関する相談等への対応のための窓口の設置、従業者への周知</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	項目	記入欄	・セクシュアルハラスメントの内容及びセクシュアルハラスメントを行ってはならない旨の方針の明確化及び従業者への周知・啓発		<input type="checkbox"/>	・パワーハラスメントの内容及びパワーハラスメントを行ってはならない旨の方針の明確化及び従業者への周知・啓発	<input type="checkbox"/>	・ハラスメントに関する相談等への対応のための窓口の設置、従業者への周知	<input type="checkbox"/>			
項目		記入欄												
・セクシュアルハラスメントの内容及びセクシュアルハラスメントを行ってはならない旨の方針の明確化及び従業者への周知・啓発		<input type="checkbox"/>												
・パワーハラスメントの内容及びパワーハラスメントを行ってはならない旨の方針の明確化及び従業者への周知・啓発		<input type="checkbox"/>												
・ハラスメントに関する相談等への対応のための窓口の設置、従業者への周知	<input type="checkbox"/>													
	上記方針等について、何に規定しているか記入してください （例：就業規則、社内報等）													

点検項目	確認項目	具体的内容	点検結果		根拠条文	確認書類等	
			適	不適			
16 業務継続計画の策定等	<ul style="list-style-type: none"> ・感染症、非常災害発生時のサービスの継続実施及び早期の業務再開の計画（業務継続計画）の策定及び必要な措置を講じていますか ・従業者に対する計画の周知、研修及び訓練を定期的実施していますか ・定期的に計画の見直しを行い必要に応じて計画の変更を行っていますか 	感染症や非常災害の発生時において、サービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という）を策定し、当該計画に従い必要な措置を講じている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	基準33条の2準用	<ul style="list-style-type: none"> ・業務継続計画 ・研修の計画及び実績がわかるもの ・訓練の計画及び実績がわかるもの 	
		※貴事業所の業務継続計画に記載されている項目についてチェックしてください					
		○感染症に係る業務継続計画					
		項目		記入欄			
		平時からの備え（体制構築・整備、感染症防止に向けた取組の実施、備蓄品の確保等）		<input type="checkbox"/>			
		初動対応		<input type="checkbox"/>			
		感染拡大防止体制の確立（保健所との連携、濃厚接触者への対応、関係者との情報共有等）		<input type="checkbox"/>			
		○災害に係る業務継続計画					
		項目		記入欄			
		平常時の対応（建物・設備の安全対策、電気・水道等のライフラインが停止した場合の対策、必要品の備蓄等）		<input type="checkbox"/>			
		緊急時の対応（業務継続計画発動基準、対応体制等）		<input type="checkbox"/>			
		他施設及び地域との連携		<input type="checkbox"/>			
		従業者に対する計画の周知、研修及び訓練を定期的実施している（年1回以上+新規採用時）		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
定期的に計画の見直しを行い必要に応じて計画の変更を行っている		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
17 定員の遵守	・利用定員を上回っていませんか	利用定員を超えずに、指定通所介護の提供を行っている ※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	・国保連への請求書控え	

点検項目	確認項目	具体的内容	点検結果		根拠条文	確認書類等	
			適	不適			
18 非常災害対策	<ul style="list-style-type: none"> ・非常災害（火災、風水害、地震等）に対する具体的計画はありますか ・非常災害時の関係機関への通報及び連携体制は整備されていますか ・避難、救出等の訓練を定期的に実施していますか 	地域の環境や利用者の特性に応じて、火災、地震、風水害、津波その他の非常災害に関する具体的計画を立てている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	基準第60条の15	<ul style="list-style-type: none"> ・非常災害時の対応計画（管轄消防署へ届け出た消防計画又はこれに準ずる計画） ・運営規程 ・避難・救出等訓練の実施状況がわかるもの ・通報、連絡体制がわかるもの 	
		非常災害時の関係機関への通報及び連携体制は整備されている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
		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る	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
		（新潟市地域防災計画に定められた洪水等の浸水想定区域内又は土砂災害警戒区域内の要配慮者利用施設に該当する場合）水害や土砂災害に対応した避難確保計画を作成し、訓練を実施している	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
19 衛生管理等	<ul style="list-style-type: none"> ・感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会開催（おおむね6月に1回以上）、その結果の周知をしていますか ・感染症の予防及びまん延の防止のための指針の整備をしていますか 	感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会をおおむね6月に1回以上開催し、その結果について、従業者に周知をしている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	基準第60条の16	<ul style="list-style-type: none"> ・感染症及びまん延の防止のための対策を検討する委員会の開催状況・結果がわかるもの ・感染症の予防及びまん延の防止のための指針 ・感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練の実施状況・結果がわかるもの 	
		感染症の予防及びまん延の防止のための指針を整備している	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
		※指針に記載されている項目について、チェックしてください					
		○平常時の対策					
			項目	記入欄			
			事業所内の衛生管理（環境の整備等）	<input type="checkbox"/>			
			ケアにかかる感染対策（手洗い、標準的な予防策）	<input type="checkbox"/>			
		○発生時の対応					
			項目	記入欄			
			発生状況の把握	<input type="checkbox"/>			
			感染拡大の防止	<input type="checkbox"/>			
			医療機関や保健所、市町村における事業所関係か等の関係機関との連携	<input type="checkbox"/>			
			行政等への報告等	<input type="checkbox"/>			
	・感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練の定期実施をしていますか	感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を定期的に実施している（年1回以上）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

点検項目	確認項目	具体的内容	点検結果		根拠条文	確認書類等
			適	不適		
20 秘密保持等	<ul style="list-style-type: none"> ・個人情報の利用に当たり、利用者（利用者の情報）及び家族（利用者家族の情報）から同意を得ていますか ・退職者を含む、従業員が利用者の秘密を保持することを誓約していますか 	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利用する場合の同意をあらかじめ文書により得ている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	基準第36条準用	<ul style="list-style-type: none"> ・個人情報の利用に関する同意書 ・従業員の秘密保持誓約書
		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る	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
21 広告	<ul style="list-style-type: none"> ・広告は虚偽又は誇大となっていないか 	虚偽又は誇大な広告をしていない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	基準第37条準用	<ul style="list-style-type: none"> ・パンフレット/チラシ ・Web広告
22 掲示 (令和7年度から義務化)		事業所の見やすい場所に、運営規程の概要、地域密着型通所介護従業所の勤務体制、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（実施の有無、実施した直近の年月日、実施した評価機関の名称、評価結果の開示状況）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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	基準第35条	<ul style="list-style-type: none"> ・掲示物 ・ウェブサイト
		事業所内に掲示することに加え、ウェブサイト（法人のホームページ等又は情報公表システム）に掲載・公表している	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
23 苦情処理	<ul style="list-style-type: none"> ・苦情受付の窓口を設置するなど、必要な措置を講じていますか 	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を受け付けるための相談窓口や苦情処理体制など必要な措置を講じている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	基準第39条準用	<ul style="list-style-type: none"> ・苦情の受付簿 ・苦情者への対応記録
	<ul style="list-style-type: none"> ・苦情を受け付けた場合、内容等を記録し、保管していますか 	苦情を受け付けた場合、苦情の受付日、内容等を記録し保存している	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
24 地域との連携等	<ul style="list-style-type: none"> ・運営推進会議を概ね6月に1回以上開催していますか 	利用者、利用者の家族、地域住民の代表者、市の職員又は地域包括支援センターの職員、当該サービス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ている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	基準第60条の17	<ul style="list-style-type: none"> ・運営推進会議の記録
	<ul style="list-style-type: none"> ・運営推進会議において、活動状況の報告を行い、評価を受けていますか ・運営推進会議で挙げた要望や助言が記録されていますか 	運営推進会議をおおむね6月に1回以上開催し、活動状況を報告し、評価を受け、必要な要望、助言等を聴く機会を設けている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<ul style="list-style-type: none"> ・運営推進会議の会議録が公表されていますか 	報告、評価、要望、助言等についての記録を作成し、これを公表している	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

点検項目	確認項目	具体的内容	点検結果		根拠条文	確認書類等	
			適	不適			
25 事故発生時の対応	・市、利用者家族、居宅介護支援事業者等に報告していますか	指定通所介護の提供により事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族、利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	基準第60条の18	<ul style="list-style-type: none"> ・市町村、利用者家族、居宅介護支援事業所等への連絡状況がわかるもの ・事故に際して採った処置の記録 ・損害賠償の実施状況がわかるもの 	
	・事故状況、事故に際して採った処置が記録されていますか	事故の状況やその処置について、記録・保存している	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	・損害賠償すべき事故が発生した場合に、速やかに賠償を行っていますか	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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
26 虐待の防止	<ul style="list-style-type: none"> ・虐待の防止のための対策を検討する委員会の定期開催及びその結果の通所介護従業者への周知をしていますか ・虐待の防止のための指針の整備をしていますか 	虐待の防止のための対策を検討する委員会の定期開催及びその結果の通所介護従業者へ周知している	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	基準第41条の2準用	<ul style="list-style-type: none"> ・虐待の防止のための対策を検討する委員会の開催状況及び結果がわかるもの ・虐待の防止のための指針 ・虐待の防止のための研修の計画及び実績がわかるもの ・担当者を置いていることがわかるもの 	
		虐待の防止のための指針を整備している	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	※指針に記載されている項目について、チェックしてください						
	項目			記入欄			
	虐待の防止に関する基本的考え方			<input type="checkbox"/>			
	虐待防止検討委員会その他事業所内の組織に関する事項			<input type="checkbox"/>			
	虐待の防止のための職員研修に関する基本方針			<input type="checkbox"/>			
	虐待等が発生した場合の対応方法に関する基本事項			<input type="checkbox"/>			
	虐待等が発生した場合の相談・報告体制に関する事項			<input type="checkbox"/>			
	成年後見制度の利用支援に関する事項			<input type="checkbox"/>			
	虐待等に係る苦情解決方法に関する事項			<input type="checkbox"/>			
	利用者等に対する当該指針の閲覧に関する事項			<input type="checkbox"/>			
	その他虐待の防止の推進のために必要な事項			<input type="checkbox"/>			
・虐待の防止のための研修の定期実施をしていますか	従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的を実施している（年1回以上＋新規採用時）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
・上記の措置を適切に実施するための担当者を置いていますか	上記の措置を適切に実施するための担当者を置いている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

自己点検表(加算等)

※加算一覧表に記入したものを自己点検願います。
 なお、運営指導時には算定根拠となった書類をあらかじめ準備しておいてください。

点検項目	点検事項	点検結果	備考
IV 地密通所介護(共生型通所介護を除く)		※該当している場合は■としてください	
26	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)
27	定員超過減算 当該月におけるサービス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が、利用定員を超えている	<input type="checkbox"/> 該当	
28	高齢者虐待防止措置未実施減算	<input type="checkbox"/> 該当	
	1 当該通所介護事業所における虐待の防止のための対策を検討する委員会(テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。)を定期的開催していない	<input type="checkbox"/> 該当	
	2 当該通所介護事業所における虐待の防止のための指針を整備していない	<input type="checkbox"/> 該当	
	3 当該通所介護事業所において、通所介護従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的(年1回以上)に実施していない	<input type="checkbox"/> 該当	
29	業務継続計画未策定減算	<input type="checkbox"/> 該当	
	感染症若しくは災害のいずれか又は両方の業務継続計画が未策定 業務継続計画に従い必要な措置が講じられていない	<input type="checkbox"/> 該当	
30	2時間以上3時間未満の通所介護	<input type="checkbox"/> 該当	
	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 単に入浴サービスのみといった利用ではなく、利用者の日常生活動作能力などの向上のため、日常生活を通じた機能訓練等の実施	<input type="checkbox"/> 実施	

31	感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合の基本報酬加算	感染症又は災害（厚生労働大臣が認めるものに限る）の発生を理由とする利用者数の減少が生じ、当該月の利用者数の実績が当該月の前年度における月平均の利用者数よりも100分の5以上減少している	<input type="checkbox"/>	該当	○ 感染症又は災害の発生を理由とする通所介護等の介護報酬による評価届出様式 ○ 利用延人員数計算シート
32	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	
		事業所のサービス提供時間は8時間以上に設定されている	<input type="checkbox"/>	該当	
33	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	
34	入浴介助加算(Ⅰ)	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	
		入浴介助に関する研修等の実施	<input type="checkbox"/>	実施	
35	入浴介助加算(Ⅱ)	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	医師等＝ 医師、理学療法士、作業療法士、介護福祉士、介護支援専門員、福祉用具専門相談員、機能訓練指導員、地域包括支援センター職員、その他住宅改修に関する専門的知識及び経験を有する者 その家族・訪問介護員等＝ 利用者家族若しくは居宅で入浴介助を行うことが想定される訪問介護職員等 機能訓練指導員等＝ 機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者
		入浴介助の実施	<input type="checkbox"/>	実施	
		入浴介助に関する研修等の実施	<input type="checkbox"/>	実施	
		医師等が利用者の居宅を訪問し、浴室における当該利用者の動作及び浴室の環境を評価	<input type="checkbox"/>	実施	
		居宅の浴室が利用者自身又はその家族・訪問介護員等の介助により入浴を行うことが難しい環境にある場合、医師等が指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員等と連携し、浴室の環境整備に係る助言	<input type="checkbox"/>	実施	
		機能訓練指導員等が共同して、利用者の居宅を訪問し評価した者との連携の下で、利用者の身体の状況、利用者居宅の浴室の環境等を踏まえた個別の入浴計画を作成	<input type="checkbox"/>	実施	
		入浴計画に基づき、利用者の居宅の状況に近い環境で入浴介助	<input type="checkbox"/>	実施	
		利用者が自身で又は家族・訪問介護員等の介助によって入浴することができるようになるよう、必要な介護技術の習得に努め、これを用いて入浴介助	<input type="checkbox"/>	実施	
入浴介助加算(Ⅰ)を算定していない	<input type="checkbox"/>	該当			

36	中重度者ケア体制加算	暦月ごとに、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	
37	生活機能向上連携加算（I）	指定訪問リハビリテーション事業所、指定通所リハビリテーション事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設の理学療法士等の助言（日常生活上の留意点、介護の工夫等）に基づき、機能訓練指導員等が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実施	<input type="checkbox"/>	実施	理学療法士等＝ 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士 又は医師
		個別機能訓練計画の作成に当たり、理学療法士等はリハビリテーションの場又はICTを活用した動画等により、利用者のADL及びIADLに関する状況を把握した上で機能訓練指導員等へ助言を実施	<input type="checkbox"/>	実施	機能訓練指導員等＝ 機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者
		個別機能訓練計画には利用者ごとに目標、実施時間、実施方法等の内容を記載。目標は、利用者、その家族、担当介護支援専門員の意見を踏まえ策定	<input type="checkbox"/>	実施	※ 加算別表2を作成すること
		機能訓練指導員等が、個別機能訓練計画に基づき計画的に機能訓練の実施	<input type="checkbox"/>	実施	
		機能訓練指導員等は、各月における評価内容や目標の達成度合いについて、利用者等及び理学療法士等に報告・相談し、助言を得た上で、必要に応じて利用者又はその家族の意向を確認の上、利用者のADLやIADLの改善状況を踏まえ目標や訓練内容を変更	<input type="checkbox"/>	実施	
		理学療法士等は、機能訓練指導員等と共同で3月ごとに1回以上、個別機能訓練の進捗状況等について評価	<input type="checkbox"/>	実施	
		3月ごとに1回以上、利用者又はその家族に対し、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	<input type="checkbox"/>	実施	
		利用者等に対する説明をテレビ電話装置等を活用して行う場合、利用者又はその家族の同意	<input type="checkbox"/>	あり	
		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、閲覧への対応	<input type="checkbox"/>	実施	
		個別機能訓練を提供した初回の月に限り算定（理学療法士等の助言に基づき計画を見直した場合は再度算定可能）	<input type="checkbox"/>	該当	
個別機能訓練加算の算定	<input type="checkbox"/>	なし			

38	生活機能向上連携加算 (Ⅱ)	指定訪問リハビリテーション事業所、指定通所リハビリテーション事業所 又はリハビリテーションを実施している医療提供施設の理学療法士等が、 当該通所介護事業所を訪問し、機能訓練指導員等と共同して利用者の身体 の状況等の評価及び個別機能訓練計画の作成を実施	<input type="checkbox"/>	実施	理学療法士等＝ 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士 又は医師 機能訓練指導員等＝ 機能訓練指導員、看護職員、介護職 員、生活相談員その他の職種の者 ※ 加算別表2を作成すること
		個別機能訓練計画の作成に当たり、理学療法士等は機能訓練指導員等に対 し、日常生活上の留意点、介護の工夫等に関する助言を実施	<input type="checkbox"/>	実施	
		個別機能訓練計画には利用者ごとに目標、実施時間、実施方法等の内容を 記載。目標は、利用者、その家族、担当介護支援専門員の意見を踏まえ策 定	<input type="checkbox"/>	実施	
		機能訓練指導員等が、個別機能訓練計画に基づき計画的に機能訓練の実施	<input type="checkbox"/>	実施	
		機能訓練指導員等は、各月における評価内容や目標の達成度合いについ て、利用者等及び理学療法士等に報告・相談し、助言を得た上で、必要に 応じて利用者又はその家族の意向を確認の上、利用者のADLやIADL の改善状況を踏まえ目標や訓練内容を変更	<input type="checkbox"/>	実施	
		理学療法士等は、3月ごとに1回以上通所介護事業所を訪問し、機能訓練 指導員等と共同で個別機能訓練の進捗状況等について評価	<input type="checkbox"/>	実施	
		機能訓練指導員等が、3月ごとに1回以上利用者又はその家族に対し、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、記録、必要 により訓練内容見直し	<input type="checkbox"/>	実施	
		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、閲覧への 対応	<input type="checkbox"/>	実施	
個別機能訓練加算を算定している場合は1月につき100単位の加算	<input type="checkbox"/>	あり			

39	個別機能訓練加算(Ⅰ) (イ)	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 機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等＝ 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 機能訓練指導員等＝ 機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者 (様式等参考) リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組について(令和6年3月15日老老発0315第2号) (別紙様式1-3個別機能訓練、栄養、口腔に係る実施計画書等)
		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(目標、訓練項目、訓練実施時間、訓練実施回数等の内容)を作成し、理学療法士等が計画的に機能訓練を実施	<input type="checkbox"/>	実施	
		機能訓練指導員等が利用者の居宅を訪問し、利用者の居宅での生活状況を確認した上で、利用者の居宅での生活状況確認と、その結果や利用者又は家族、担当介護支援専門員の意見とを踏まえ目標を設定し、策定個別機能訓練計画を作成	<input type="checkbox"/>	実施	
		複数の種類の機能訓練の項目を準備し、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援助し、利用者の選択に基づき、心身の状況に応じた機能訓練を適切に実施	<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	
		訓練開始後3月ごとに1回以上、利用者又はその家族に対して、計画の進捗状況等を説明し、記録。必要に応じて計画の見直し等を実施	<input type="checkbox"/>	実施	
		定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/>	適合	
	個別機能訓練加算(Ⅰ)(ロ)を算定していない	<input type="checkbox"/>	該当		
40	個別機能訓練加算(Ⅰ) (ロ)	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 機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等＝ 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 機能訓練指導員等＝ 機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者 (様式等参考) リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組について(令和6年3月15日老老発0315第2号) (別紙様式1-3個別機能訓練、栄養、口腔に係る実施計画書等)
		上記で配置した理学療法士等に加えて、専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等を1名以上配置	<input type="checkbox"/>	配置	
		加算を算定できる人員体制を確保している時間をあらかじめ定め、利用者や居宅介護支援事業者はこの時間を周知した上で、1週間のうち特定の時間(加算算定可能時間)だけ、(Ⅰ)イの要件である専ら機能訓練を実施する理学療法士等を1名に加え、さらに(Ⅰ)ロの要件である専ら機能訓練を実施する理学療法士等を1名以上配置している場合は、その時間において理学療法士等から直接訓練の提供を受けた利用者のみを算定	<input type="checkbox"/>	該当	
		機能訓練指導員等が利用者の居宅を訪問し、利用者の居宅での生活状況を確認した上で、利用者の居宅での生活状況確認と、その結果や利用者又は家族、担当介護支援専門員の意見とを踏まえ目標を設定し、策定個別機能訓練計画を作成	<input type="checkbox"/>	実施	
		複数の種類の機能訓練の項目を準備し、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援助し、利用者の選択に基づき、心身の状況に応じた機能訓練を適切に実施	<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	
		訓練開始後3月ごとに1回以上、利用者又はその家族に対して、計画の進捗状況等を説明し、記録、必要に応じて計画の見直し等を実施	<input type="checkbox"/>	実施	
		定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/>	適合	
			個別機能訓練加算(Ⅰ)(イ)を算定していない	<input type="checkbox"/>	

41	個別機能訓練加算(Ⅱ)	個別機能訓練加算(Ⅰ)(イ)又は個別機能訓練加算(Ⅰ)(ロ)のいずれかの基準に適合	<input type="checkbox"/>	適合	※ 加算別表2を作成すること
		利用者ごとの個別機能訓練計画書の内容等の情報をLIFEを用いて厚生労働省に提出し、機能訓練の実施に当たって、必要な情報を活用している	<input type="checkbox"/>	実施	
42	ADL維持等加算(Ⅰ)	利用者等(当該施設等の評価対象利用期間が6月を超える者)の総数が10人以上	<input type="checkbox"/>	該当	
		利用者等全員について、利用開始月と、当該月の翌月から起算して6月目(6月目にサービスの利用がない場合はサービスの利用があった最終月)において、Barthel Indexを適切に評価できる者がADL値を測定し、測定日が属する月ごとに測定結果をLIFEを用いて厚生労働省に提出	<input type="checkbox"/>	該当	
		利用開始月の翌月から起算して6月目の月に測定したADL値から利用開始月に測定したADL値を控除し、初月のADL値や要介護認定の状況等に応じた値を加えて得た値(調整済ADL利得)について、利用者等から調整済ADL利得の上位及び下位それぞれ1割の者を除いた者を評価対象利用者等とし、評価対象利用者等の調整済ADL利得を平均して得た値が1以上	<input type="checkbox"/>	該当	
43	ADL維持等加算(Ⅱ)	評価対象者(利用期間が6月を超える者)の総数が10人以上	<input type="checkbox"/>	該当	
		利用者等全員について、利用開始月と、当該月の翌月から起算して6月目(6月目にサービスの利用がない場合はサービスの利用があった最終月)において、Barthel Indexを適切に評価できる者がADL値を測定し、測定日が属する月ごとに測定結果をLIFEを用いて厚生労働省に提出	<input type="checkbox"/>	該当	
		評価対象利用者等の調整済ADL利得を平均して得た値が3以上	<input type="checkbox"/>	該当	
44	認知症加算	暦月ごとに、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)又は算定日が属する月の前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15以上	<input type="checkbox"/>	該当	
		通所介護を行う時間帯を通じて、専ら通所介護の提供に当たる認知症介護に係る専門的な研修、認知症介護に係る専門的な研修又は認知症介護に係る実践的な研修等を修了した者を1名以上配置	<input type="checkbox"/>	該当	
		当該事業所の従業者に対する認知症ケアに関する事例の検討や技術的指導に係る会議を定期的に開催	<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	

45	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	
46	栄養アセスメント加算	当該事業所の職員として、又は外部（他の介護事業所（栄養アセスメント加算の対象事業所に限る。）、医療機関、介護保険施設（栄養マネジメント強化加算の算定要件として規定する員数を超えて管理栄養士を置いているもの又は常勤の管理栄養士を1名以上配置しているものに限る。）又は公益社団法人日本栄養士会若しくは都道府県栄養士会が設置し、運営する「栄養ケア・ステーション」との連携により、管理栄養士を1名以上配置	<input type="checkbox"/>	該当	(様式等参考) リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組について(令和6年3月15日老老発0315第2号) (別紙様式1-1)リハビリテーション、栄養、口腔に係る実施計画書(通所系) (別紙様式1-3)個別機能訓練・栄養・口腔に係る実施計画書(通所系)等
		栄養アセスメントを3月に1回以上次のイからニまでの手順で実施し、利用者の体重については1月ごとに測定	<input type="checkbox"/>	実施	管理栄養士等＝ 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
		イ 利用者ごとの低栄養状態のリスクを、利用開始時に把握	<input type="checkbox"/>	実施	※ 加算別表4-2を作成すること
		ロ 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つつ、解決すべき課題を把握	<input type="checkbox"/>	実施	
		ハ イ及びロの結果を利用者や家族に説明し、必要に応じ解決すべき課題に応じた栄養食事相談、情報提供等を行う	<input type="checkbox"/>	実施	
		ニ 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ついては、介護支援専門員と情報共有を行い、栄養改善加算に係る栄養改善サービスの提供を検討するように依頼	<input type="checkbox"/>	実施	
		利用者ごとの栄養状態等の情報をLIFEを用いて厚生労働省に提出し、栄養管理の実施に当たって、必要な情報を活用している	<input type="checkbox"/>	実施	
		定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/>	適合	

47	栄養改善加算	当該事業所の職員として、又は外部（他の介護事業所（栄養改善加算の対象事業所に限る。）、医療機関、介護保険施設（栄養マネジメント強化加算の算定要件として規定する員数を超えて管理栄養士を置いているもの又は常勤の管理栄養士を1名以上配置しているものに限る。）又は公益社団法人日本栄養士会若しくは都道府県栄養士会が設置し、運営する「栄養ケア・ステーション」）との連携により、管理栄養士を1名以上配置	<input type="checkbox"/>	配置	<p>※ 加算別表4-1を作成すること</p> <p>管理栄養士等＝ 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</p> <p>(様式等参考) リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組について(令和6年3月15日老老発0315第2号) (別紙様式1-1)リハビリテーション、栄養、口腔に係る実施計画書(通所系) (別紙様式1-3)個別機能訓練・栄養・口腔に係る実施計画書(通所系)等</p>
		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	
		利用者ごとの低栄養状態のリスクを、利用開始時に把握	<input type="checkbox"/>	該当	
		管理栄養士等の共同による栄養ケア計画の作成	<input type="checkbox"/>	実施	
		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	
		栄養ケア計画に基づき、管理栄養士等が利用者ごとに栄養改善サービスを提供。栄養ケア計画に実施上の問題点あれば直ちに直直し	<input type="checkbox"/>	実施	
		栄養改善サービスの提供に当たり、居宅における食事の状況を聞き取った結果、課題がある場合は、解決するため、利用者又はその家族の同意を得て、利用者の居宅を訪問し、居宅での食事状況・食事環境等の具体的な課題の把握や、主として食事の準備をする者に対する栄養食事相談等の栄養改善サービスを提供	<input type="checkbox"/>	実施	
		定期的に、利用者の生活機能状況の検討、おおむね3月ごとに体重測定等による栄養状態の評価、担当介護支援専門員や主治医に対する情報提供	<input type="checkbox"/>	実施	
		利用者ごとの栄養ケア計画に従い管理栄養士が利用者の栄養状態を定期的に記録	<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（3月以内の期間）	<input type="checkbox"/>	適合			

48	口腔・栄養スクリーニング 加算(Ⅰ)	<<口腔スクリーニング>> 利用開始時及び利用中6月ごとに下記イ～ハに関する確認 イ 硬いものを避け、柔らかいものばかりを中心に食べる者 ロ 入れ歯を使っている者 ハ むせやすい者	<input type="checkbox"/>	適合	※ 加算別表4-2を作成すること
		確認した口腔状態に関する情報(上記イ～ハ)を担当介護支援専門員に提供	<input type="checkbox"/>	適合	
		<<栄養スクリーニング>> 利用開始時及び利用中6月ごとに下記イ～ニに関する確認 イ BMIが18.5未満 ロ 1～6月間で3%以上の体重減少又は「地域支援事業の実施 について」(平成18年6月9日老発第0609001号)に規定する 基本チェックリストのNo.11の項目が「1」に該当 ハ 血清アルブミン値が3.5g/dl以下 ニ 食事摂取量が不良(75%以下)	<input type="checkbox"/>	適合	
		確認した栄養状態に関する情報(上記イ～ニ)を担当介護支援専門員に提供	<input type="checkbox"/>	適合	
		定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/>	適合	
		算定日が属する月が、栄養アセスメント加算を算定している間である又は利用者が栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間である若しくは当該栄養改善サービスが終了した日の属する月(栄養状態のスクリーニングを行った結果、栄養改善サービスが必要であると判断され、栄養改善サービスが開始された日の属する月を除く)ではない	<input type="checkbox"/>	該当	
		算定日が属する月が、利用者が口腔機能向上加算の算定に係る口腔機能向上サービスを受けている間である又は当該口腔機能向上サービスが終了した日の属する月(口腔の健康状態のスクリーニングを行った結果、口腔機能向上サービスが必要であると判断され、口腔機能向上サービスが開始された日の属する月を除く)ではない	<input type="checkbox"/>	該当	
		口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)を算定していない	<input type="checkbox"/>	該当	
		他事業所で口腔・栄養スクリーニング加算を算定していない	<input type="checkbox"/>	該当	
他事業所において、当該利用者について、口腔連携強化加算を算定算定していない	<input type="checkbox"/>	該当			

49	口腔・栄養スクリーニング 加算(Ⅱ) 《口腔の健康状態》	《口腔スクリーニング》 利用開始時及び利用中6月ごとに下記イ～ハに関する確認 イ 硬いものを避け、柔らかいものを中心に食べる者 ロ 入れ歯を使っている者 ハ むせやすい者	<input type="checkbox"/>	適合	※ 加算別表4-2を作成すること
		確認した口腔状態に関する情報(上記イ～ハ)を担当介護支援専門員に提供	<input type="checkbox"/>	適合	
		定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/>	適合	
		算定日が属する月が、栄養アセスメント加算を算定している間である又は利用者が栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間である若しくは当該栄養改善サービスが終了した日の属する月(栄養状態のスクリーニングを行った結果、栄養改善サービスが必要であると判断され、栄養改善サービスが開始された日の属する月を除く)である	<input type="checkbox"/>	該当	
		算定日が属する月が、利用者が口腔機能向上加算の算定に係る口腔機能向上サービスを受けている間及び当該口腔機能向上サービスが終了した日の属する月ではない	<input type="checkbox"/>	該当	
		口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)を算定していない	<input type="checkbox"/>	該当	
		他事業所で口腔・栄養スクリーニング加算を算定していない	<input type="checkbox"/>	該当	
50	口腔・栄養スクリーニング 加算(Ⅱ) 《栄養状態》	《栄養スクリーニング》 利用開始時及び利用中6月ごとに下記イ～ニに関する確認 イ BMIが18.5未満 ロ 1～6月間で3%以上の体重減少又は「地域支援事業の実施について」(平成18年6月9老発第0609001号)に規定する基本チェックリストのNo.11の項目が「1」に該当 ハ 血清アルブミン値が3.5g/dl以下 ニ 食事摂取量が不良(75%以下)	<input type="checkbox"/>	適合	※ 加算別表4-2を作成すること
		確認した栄養状態に関する情報(上記イ～ニ)を担当介護支援専門員に提供	<input type="checkbox"/>	適合	
		定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/>	適合	
		算定日が属する月が、栄養アセスメント加算を算定していない、かつ、利用者が栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間又は当該栄養改善サービスが終了した日の属する月ではない	<input type="checkbox"/>	該当	
		算定日が属する月が、利用者が口腔機能向上加算の算定に係る口腔機能向上サービスを受けている間及び当該口腔機能向上サービスが終了した日の属する月(口腔の健康状態のスクリーニングを行った結果、口腔機能向上サービスが必要であると判断され、口腔機能向上サービスが開始された日の属する月を除く)である	<input type="checkbox"/>	該当	
		口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)を算定していない	<input type="checkbox"/>	該当	
		他事業所で口腔・栄養スクリーニング加算を算定していない	<input type="checkbox"/>	該当	
		他事業所において、当該利用者について、口腔連携強化加算を算定算定していない	<input type="checkbox"/>	該当	

51	口腔機能向上加算(Ⅰ)	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) リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組について(令和6年3月15日老老発0315第2号) (別紙様式1-1)リハビリテーション・栄養・口腔に係る実施計画書(通所系) (別紙様式1-3)個別機能訓練・栄養・口腔に係る実施計画書(通所系) (別紙様式6-4)口腔機能向上サービスに関する計画書 等
		次のイ～ハのいずれかに該当する者で、口腔機能向上サービスの提供が必要と認められる利用者			
		イ 認定調査票における嚥下、食事摂取、口腔清潔の3項目のいずれかの項目において「1」以外に該当	<input type="checkbox"/>	該当	
		ロ 基本チェックリストの口腔機能に関する(13)～(15)の3項目のうち、2項目以上が「1」に該当			
		ハ 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			
		介護保険の口腔機能向上サービスとして「摂食・嚥下機能に関する訓練の指導若しくは実施」を行っている	<input type="checkbox"/>	該当	
		口腔機能を利用開始時に言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員が口腔衛生、摂食・嚥下機能の関する解決すべき課題の把握を行い、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取り組む事項を記載した利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画を作成	<input type="checkbox"/>	実施	
		利用者又はその家族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	
		口腔機能改善管理指導計画に基づき、言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員が利用者ごとに口腔機能向上サービスを提供。問題があれば直ちに当該計画を見直し	<input type="checkbox"/>	実施	
		おおむね3月ごとに利用者ごとの計画の進捗状況を定期的に評価、担当介護支援専門員や主治医、主治歯科医への情報提供	<input type="checkbox"/>	実施	
口腔機能改善管理指導計画に基づく言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員による利用者の定期的記録作成(この場合、加算算定のために別用紙に記録する必要なし)	<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(3月以内の期間)	<input type="checkbox"/>	適合			
口腔機能向上加算(Ⅱ)を算定していない	<input type="checkbox"/>	該当			

52	口腔機能向上加算(Ⅱ)	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) リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組について(令和6年3月15日老老発0315第2号) (別紙様式1-1)リハビリテーション・栄養・口腔に係る実施計画書(通所系) (別紙様式1-3)個別機能訓練・栄養・口腔に係る実施計画書(通所系) (別紙様式6-4)口腔機能向上サービスに関する計画書 等
		次のイ～ハのいずれかに該当する者で、口腔機能向上サービスの提供が必要と認められる利用者			
		イ 認定調査票における嚥下、食事摂取、口腔清潔の3項目のいずれかの項目において「1」以外に該当	<input type="checkbox"/>	該当	
		ロ 基本チェックリストの口腔機能に関する(13)～(15)の3項目のうち、2項目以上が「1」に該当			
		ハ 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			
		介護保険の口腔機能向上サービスとして「摂食・嚥下機能に関する訓練の指導若しくは実施」を行っている	<input type="checkbox"/>	該当	
		口腔機能を利用開始時に言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員が口腔衛生、摂食・嚥下機能の関する解決すべき課題の把握を行い、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取り組む事項を記載した利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画を作成	<input type="checkbox"/>	実施	
		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	
		口腔機能改善管理指導計画に基づき、言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員が利用者ごとに口腔機能向上サービスを提供。問題があれば直ちに当該計画を見直し	<input type="checkbox"/>	実施	
		おおむね3月ごとに利用者ごとの計画の進捗状況を定期的に評価、担当介護支援専門員や主治医、主治歯科医への情報提供	<input type="checkbox"/>	あり	
口腔機能改善管理指導計画に基づく言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員による利用者の定期的記録作成(この場合、加算算定のために別用紙に記録する必要なし)	<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(3月以内の期間)	<input type="checkbox"/>	適合			
口腔機能改善管理指導計画等の内容等の情報をLIFEを用いて、厚生労働省に提出し、口腔機能向上サービスの実施に当たって、必要な情報を利用している	<input type="checkbox"/>	実施			
口腔機能向上加算(Ⅰ)を算定していない	<input type="checkbox"/>	適合			

53	科学的介護推進体制加算	利用者全員について、利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の心身の状況等に係る情報をLIFEを用いて厚生労働省に提出	<input type="checkbox"/>	該当	(様式等参考) 科学的介護情報システム(LIFE)関連加算に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について(令和6年3月15日老老発0315第4号) (別紙様式1)
		必要に応じて通所介護計画を見直すなど、上記の情報その他通所介護を適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用	<input type="checkbox"/>	該当	
		下記イ～ニについて取り組んでいる イ 利用者の心身の状況等に係る基本的な情報に基づき、適切なサービスを提供するためのサービス計画を作成 ロ サービス計画に基づいて、利用者の自立支援や重度化防止に資する介護を実施 ハ LIFEへの提出情報及びフィードバック情報等も活用し、多職種が共同して、事業所の特性やサービス提供の在り方について検証を実施 ニ 検証結果に基づき、利用者のサービス計画を適切に見直し、事業所全体として、サービスの質のさらなる向上に努める	<input type="checkbox"/>	該当	
54	同一建物に対する減算	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いる	<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	
55	事業所が送迎を行わない場合の減算	通所介護従業者が、利用者の居宅又は居住実態がある場所と通所介護事業所間との送迎を実施していない	<input type="checkbox"/>	該当	
56	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	次のいずれかに適合			※ 加算別表6を作成すること
		①介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が7割以上	<input type="checkbox"/>	適合	
		②介護職員の総数のうち、勤続年数10年以上の介護福祉士の占める割合が2.5割以上	<input type="checkbox"/>	適合	
		定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/>	該当	
57	サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	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"/>	適合	※ 加算別表6を作成すること
		定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/>	該当	
58	サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	次のいずれかに適合			※ 加算別表6を作成すること
		①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"/>	適合	
		②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7年以上の者が3割以上	<input type="checkbox"/>	適合	
		定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/>	適合	

59	介護職員等処遇改善加算 (I)	1 介護職員等処遇改善加算の算定額を上回る介護職員の賃金改善を実施する	<input type="checkbox"/>	している	・ 処遇改善計画書
		2 1の賃金改善に関する計画、当該計画に係る実施期間及び実施方法その他を記載した処遇改善計画書を作成し、市に届け出ている。	<input type="checkbox"/>	している	
		3 次に掲げる基準のいずれにも適合する	<input type="checkbox"/>	適合している	
		(1) 【月額賃金改善要件I】 加算Ⅳの加算額の2分の1以上に相当する額以上を、基本給又は毎月支払われる手当(以下「基本給等」という。)の改善に充てている。	<input type="checkbox"/>	している	
		(2) 【月額賃金改善要件Ⅱ】 令和6年5月31日時点で、旧処遇改善加算を算定し、かつ、旧ベースアップ等加算を算定していない事業所が、令和8年3月31日までに新規に加算ⅠからⅣまでのいずれかを算定する場合は、仮に旧ベースアップ等加算を算定する場合に見込まれる加算額の3分の2以上の基本給等の引上げを実施している。 ※旧ベースアップ等加算未算定の場合のみ適用	<input type="checkbox"/>	している	
		(3) 【キャリアパス要件Ⅰ】(任用要件・賃金体系の整備等) 次に掲げる要件の全てに適合する。 ア 介護職員の任用における職位、職責又は職務内容等の要件を定めている。 イ アに掲げる職位、職責又は職務内容等に応じた賃金体系について定めている。 ウ ア及びイの内容について就業規則等の明確な根拠規定を書面で整備し、全ての介護職員に周知している。	<input type="checkbox"/>	している	
		(4) 【キャリアパス要件Ⅱ】(研修の実施等) 次に掲げる要件の全てに適合する。 ア 介護職員の資質向上又は資格取得のため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。 イ アについて、全ての介護職員に周知している。	<input type="checkbox"/>	している	
		(5) 【キャリアパス要件Ⅲ】(昇給の仕組みの整備等) 次に掲げる要件のすべてに適合する。 ア 介護職員の経験若しくは資格等に応じて昇給する仕組み又は一定の基準に基づき定期的に昇給を判定する仕組みを設けている。 イ アの内容について就業規則等の明確な根拠規定を書面で整備し、全ての介護職員に周知している。	<input type="checkbox"/>	している	

59	介護職員等処遇改善加算 (Ⅰ)	(6) 【キャリアパス要件Ⅳ】(改善後の年額賃金要件) 「経験・技能のある介護職員」のうち1人以上は、賃金改善後の賃金の見込み額が年額440万円以上である(加算等による賃金改善以前の賃金が年額440万円以上の者を除く。)	<input type="checkbox"/>	している	
		(7) 【キャリアパス要件Ⅴ】(介護福祉士等の配置要件) サービス類型ごとに、サービス提供体制強化加算、特定事業所加算、入居継続支援加算又は日常生活継続支援加算の各区分の届出を行っている。 ※地域密着通所介護の場合…サービス提供体制強化加算(Ⅰ)又は(Ⅱ)のいずれかを届け出ている。(療養通所介護費を算定する場合のみサービス提供体制強化加算Ⅲイ又はロ)	<input type="checkbox"/>	している	
		(8) 【職場環境等要件】 給与以外の処遇改善(職場環境等要件)を以下の通り実施しているか。 《加算(Ⅰ)・(Ⅱ)》 下記(一)～(六)の区分ごとにそれぞれ2つ以上取り組む。(「生産性向上のための取組」は3つ以上、うち⑰又は⑱は必須) 《加算(Ⅲ)・(Ⅳ)》 下記(一)～(六)の区分ごとにそれぞれ1つ以上取り組む。(「生産性向上のための取組」は2つ以上) <区分> (一)入職促進に向けた取組(①～④) (二)資質の向上やキャリアアップに向けた支援(⑤～⑧) (三)両立支援・多様な働き方の推進(⑨～⑫) (四)腰痛を含む心身の健康管理(⑬～⑯) (五)生産性向上(業務改善及び働く環境改善)のための取組(⑰～⑳) (六)やりがい・働きがいの醸成(㉑～㉒) ※区分ごとの内容詳細は、厚生労働省老健局長通知「介護職員等処遇改善加算等に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の手知事について」(令和6年3月15日付老発0315第2号)別紙1表5-1を参照のこと	<input type="checkbox"/>	している	
		4 事業年度ごとに介護職員等処遇改善実績報告書を作成し、市に提出している。	<input type="checkbox"/>	している	
		5 賃金改善を行う方法等について計画書を用いて職員に周知するとともに、就業規則等の内容についても職員に周知する。	<input type="checkbox"/>	している	
		6 労働基準法等を遵守する。	<input type="checkbox"/>	している	
60	介護職員等処遇改善加算 (Ⅱ)	加算(Ⅰ)の1から2、4から6に加え、3(1)から(6)及び(8)の要件をすべて満たす。	<input type="checkbox"/>	適合している	
61	介護職員等処遇改善加算 (Ⅲ)	加算(Ⅰ)の1から2、4から6に加え、3(1)から(5)及び(8)の要件をすべて満たす。	<input type="checkbox"/>	適合している	
62	介護職員等処遇改善加算 (Ⅳ)	加算(Ⅰ)の1から2、4から6に加え、3(1)から(4)及び(8)の要件をすべて満たす。	<input type="checkbox"/>	適合している	

共生型通所介護の場合

生活相談員等配置加算	生活相談員を1名以上配置	<input type="checkbox"/>	配置	
	地域に貢献する活動	<input type="checkbox"/>	実施	

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	地域密着型通所介護		
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			3		
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					
			勤務	セルには計算式が入力されています																																			
利用者数(実績)				18	16	11	14	18	0	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	9.8	0	0	7	7	7	7	9.8	0	0	7	7	7					

※運営指導実施月の前々月の実績を記載すること。

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ため、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（貴事業所で運営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
地域密着型通所介護	

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 運営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 運営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、運営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

個別機能訓練加算及び生活機能向上連携加算について

○個別機能訓練加算・生活機能向上連携加算を算定した利用者

利用者名	利用開始年月日	居宅への訪問年月日	理学療法士等の訪問年月日	個別機能訓練計画作成年月日	左記計画作成担当者及び共同作成者の職種(連携理学療法士等の所属等)	左記計画の利用者への説明年月日	第1回評価実施年月日	居宅への訪問年月日	理学療法士等の訪問年月日	個別機能訓練計画作成年月日(更新・変更)	左記計画の利用者への説明年月日	第2回評価実施年月日
① 生活Ⅰ・Ⅱ 個別Ⅰイ・Ⅰロ・Ⅱ	月 日	月 日	月 日	月 日		月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
② 生活Ⅰ・Ⅱ 個別Ⅰイ・Ⅰロ・Ⅱ	月 日	月 日	月 日	月 日		月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
③ 生活Ⅰ・Ⅱ 個別Ⅰイ・Ⅰロ・Ⅱ	月 日	月 日	月 日	月 日		月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
④ 生活Ⅰ・Ⅱ 個別Ⅰイ・Ⅰロ・Ⅱ	月 日	月 日	月 日	月 日		月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日

- ※1 運営指導月の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加算を算定している利用者について記載してください。また、利用者名欄上部の該当する加算(生活機能向上連携加算Ⅰ→生活Ⅰ、生活機能向上連携加算Ⅱ→Ⅱ 個別機能訓練Ⅰイ→個別Ⅰイ、個別機能訓練Ⅰロ→Ⅰロ、個別機能訓練Ⅱ→Ⅱ)に○を付けてください。
- ※2 生活機能向上連携加算(Ⅱ)を算定している場合は、「理学療法士等の訪問年月日」に、訪問リハビリテーション事業所等の理学療法士等が当該通所介護事業所を訪問した日を記載してください。
- ※3 「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。生活機能向上連携加算を算定している場合は、訪問リハビリテーション事業所等の名称及び理学療法士等の職種も記載してください。
- ※4 「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(て同意をもらっ)た日を記載してください。
- ※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。実施していない場合は「未実施」と記載してください。

○個別機能訓練加算を算定した利用者[続き]

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			

※1 個別機能訓練に関する記録の中にそれぞれ記録されている場合は「有」を、記録されていない場合は「無」と記載してください。

【運営指導実施月の前々月の状況】

○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。

○外部のリハビリテーション専門職との連携(生活機能向上連携加算を算定している場合)

訪問リハビリテーション事業所等の名称	担当職員名	職種	契約等の有無	備考

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 運営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 運営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、運営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。

(例) 令和8年4月における勤続年数3年以上の者とは、令和8年3月31日時点で勤続年数が3年以上の者をいう。

加算別表4-1

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%以上又は6ヶ月間で2～3%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)				
1		月 日						月 日		月 日
2		月 日						月 日		月 日
3		月 日						月 日		月 日
4		月 日						月 日		月 日

※1 運営指導月の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		月 日	有・無	有・無	月 日	月 日	有・無	有・無	月 日
			月 日	月 日			月 日	月 日	
2		月 日	有・無	有・無	月 日	月 日	有・無	有・無	月 日
			月 日	月 日			月 日	月 日	
3		月 日	有・無	有・無	月 日	月 日	有・無	有・無	月 日
			月 日	月 日			月 日	月 日	
4		月 日	有・無	有・無	月 日	月 日	有・無	有・無	月 日
			月 日	月 日			月 日	月 日	

※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4-2

栄養アセスメント加算、口腔・栄養スクリーニング加算について

○栄養アセスメント加算を算定した利用者の評価状況

No.	利用者名	第1回						第2回					
		利用開始日	栄養アセスメント実施日①	栄養アセスメント実施者	栄養アセスメントの利用者等への説明日	低栄養状態の利用者の場合、ケアマネと情報共有した日	LIFEに提供	栄養アセスメント実施日	栄養アセスメント実施者	栄養アセスメントの利用者等への説明日	低栄養状態の利用者の場合、ケアマネと情報共有した日	LIFEに提供	
1		月 日	月 日		月 日	月 日		月 日		月 日	月 日		
2		月 日	月 日		月 日	月 日		月 日		月 日	月 日		
3		月 日	月 日		月 日	月 日		月 日		月 日	月 日		
4		月 日	月 日		月 日	月 日		月 日		月 日	月 日		

※1 運営指導月の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 「LIFEに提供」は、提供している場合は○、提供していない場合は×を記入してください。

○口腔・栄養スクリーニング加算を算定した利用者の評価状況

No.	利用者名	利用開始日	評価実施日	口腔スクリーニング			ケアマネに情報提供した日	栄養スクリーニング					ケアマネに情報提供した日
				硬いものを避け、柔らかいものばかり中心に食べる人	入れ歯を使っている人	むせやすい人		BMIが18.5未満	1~6月で3%以上又は6ヶ月間で2~3%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)	低栄養状態又はそのおそれ	
1	(I)	月 日	① 月 日				月 日						月 日
	(II)		② 月 日				月 日						月 日
2	(I)	月 日	① 月 日				月 日						月 日
	(II)		② 月 日				月 日						月 日
3	(I)	月 日	① 月 日				月 日						月 日
	(II)		② 月 日				月 日						月 日
4	(I)	月 日	① 月 日				月 日						月 日
	(II)		② 月 日				月 日						月 日

※1 「利用者名」の欄に氏名を明記して、該当する加算「(I)」「(II)」に○を付してください。

※2 「評価実施日」欄の「①」には初回の評価を実施した日付、「評価実施日」の「②」には初回の次に評価した日付を記載してください。

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	その他の内容			
1		月 日						月 日	
2		月 日						月 日	
3		月 日						月 日	
4		月 日						月 日	

※1 運営指導月の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		月 日	継続・終了 月 日	月 日	月 日	月 日	継続・終了 月 日	月 日	月 日	/	/	/	/	/	/	/	/
2		月 日	継続・終了 月 日	月 日	月 日	月 日	継続・終了 月 日	月 日	月 日	/	/	/	/	/	/	/	/
3		月 日	継続・終了 月 日	月 日	月 日	月 日	継続・終了 月 日	月 日	月 日	/	/	/	/	/	/	/	/
4		月 日	継続・終了 月 日	月 日	月 日	月 日	継続・終了 月 日	月 日	月 日	/	/	/	/	/	/	/	/

※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 A ①のうち介護福祉士の総数 (常勤換算) B ①のうち勤続年数10年以上の介護福祉士の総数 (常勤換算)												0
②/①												#DIV/0!

(%) ← A 70以上
B 25以上

※②のA、B該当する方に○を付してください。

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 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!

(%) ← 50以上

サービス提供体制加算(III)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 A ①のうち介護福祉士の総数 (常勤換算) B ①のうち勤続年数7年以上の直接処遇職員の総数 (常勤換算)												0
②/①												#DIV/0!

(%) ← A 40以上
B 30以上

※②のA、B該当する方に○を付してください。

～記入上の注意～

- ※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 直接処遇職員とは、生活相談員・介護職員・看護職員・機能訓練指導員等、介護を利用者に直接提供する職員を指す。
- ※4 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) 令和8年4月における勤続年数3年以上の者とは、令和8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。
- ※5 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。