**地域密着型通所介護・予防通所事業者自主点検表**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 年月日 | 令和　　年　　月　　日 |  |
| 法　人　名 |  |
| 代表者（理事長）名 |  |
| 介護保険事業所番号 | ２ | ７ |  |  |  |  |  |  |  |  | 地域密着型通所介護・予防通所事業 |
| 事業所 | 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 記入担当者職・氏名 | （職）　　　　（氏名） | 連絡先電話号 | －　　　　－ |

□　自主点検表記載にあたっての留意事項

⑴　チェック項目の内容を満たしているものについては「できている」、そうでないものは「できていない」に、

該当しない内容については、「該当なし」にチェックをしてください。

　　⑵　その他については、具体的に記載してください。

Ⅰ（基本方針）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 項　　目 | 内容 | できている | できていない | 該当なし |
| １　基本方針（地域密着型通所介護） | 運営方針は、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て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るものですか。 | □ | □ | □ |
| (予防)通所事業） | 運営方針は、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ですか。 | □ | □ | □ |

Ⅱ（人員に関する基準）※予防通所事業含む

| 項　　目 | 内容 | 　できている | できていない | 該当なし |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| １　地域密着型通所介護従業　者 | ①地域密着型通所介護の単位（単位ごとの利用定員）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 単位 | 利用定員 | 地域密着型通所介護の区分（いずれかに○） |
| １単位目 | 　　　　　人 | １．予防含む 　２．予防含まない |
| ２単位目 | 　　　　　人 | １．予防含む 　２．予防含まない |

②サービス提供時間（単位ごとに記入。）（送迎の時間を除きます。）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 平 日 | 土 曜 | 日 曜・祝 日 |
| １単位目 | ： | ～ | ： | ： | ～ | ： | ： | ～ | ： |
| ２単位目 | ： | ～ | ： | ： | ～ | ： | ： | ～ | ： |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 単位 | 平均提供時間数 | 平均提供時間数（ⓐ÷ⓑ） |
| １単位目 | 時間 | 利用者ごとの提供時間数ⓐ |
| ２単位目 | 時間 | 利用者数ⓑ |

③従業者の員数

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 生活相談員 | 看護職員 | 介護職員 | 機能訓練指導員 |
| 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 |
| １単位目 | 常　勤 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 非常勤 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ２単位目 | 常　勤 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 非常勤 |  |  |  |  |  |  |  |  |

 | □ | □ | □ |
| 従業者の配置基準（最低基準）（利用定員10人以下）

|  |  |
| --- | --- |
| 職種 | 配置基準 |
| 生活相談員 | 提供日ごとに、サービス提供時間に勤務している時間数の合計数をサービス提供時間で除して得た数が１以上※生活相談員の勤務延時間数には、サービス担当者会議等や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ます（利用者の生活の向上を図るため適切な相談・援助等を行ううえで支障がない場合に限ります）。 |
| 看護職員・介護職員 | 単位ごとにサービス提供時間に勤務する時間の合計数をサービス提供時間で除して得た数が１以上※利用者の処遇に支障がない場合は、他の単位の介護（看護）職員として従事できます。 |
| 介護職員 | 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※　第一号通所事業と一体的に運営されている場合にあっては、当該事業の利用者を含めます。※　利用者の処遇に支障がない場合は、他の単位の介護職員として従事できます。 |
| 機能訓練指導員 | １（他の職務に従事することができます。） |

（利用定員11人以上）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　　　利用者の数職種 | 15人まで | 16人以上 |
| 生活相談員 | 提供日ごとに、サービス提供時間に勤務する時間の合計数をサービス提供時間で除して得た数が１以上※生活相談員の勤務延時間数には、サービス担当者会議等や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ます。 |
| 看護職員 | 単位ごとに専従する看護師又は准看護師が１以上 |
| 介護職員 | 単位ごとに確保すべき勤務延時間数＝平均提供時間数※　第一号通所事業と一体的に運営されている場合にあっては、当該事業の利用者を含めます。 | 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※　第一号通所事業と一体的に運営されている場合にあっては、当該事業の利用者を含めます。 |
| ※　利用者の処遇に支障がない場合は、他の単位の介護職員として従事できます。 |
| 機能訓練指導員 | １（他の職務に従事することができます。） |

 | □ | □ | □ |
|  | 生活相談員は、提供日ごとに、サービス提供時間に勤務している時間数の合計数をサービス提供時間で除して得た数の１以上、配置していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 機能訓練指導員は、提供日ごとに配置していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 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ますか。※　利用者の日常生活やレクリエーション、行事を通じて行う機能訓練については、当該事業所の生活相談員又は介護職員が兼務を行っても差し支えない。 | □ | □ | □ |
|  | 生活相談員又は介護職員のうち１人以上は常勤ですか。※　同一事業所で複数の単位の指定地域密着型通所介護を同時に行う場合は、常勤の従業者は事業所ごとに確保すれば足ります。 | □ | □ | □ |
| 利用定員10人以下の場合 | 単位ごとに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。 | □ | □ | □ |
| 利用定員11人以上の場合 | 提供日ごと、提供時間を通じて看護職員を配置していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 提供日ごと、提供時間を通じて看護職員と密接かつ適切な連携を図っていますか。※　密接かつ適切な連携とは、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をいいます。 | □ | □ | □ |
|  | 病院、診療所、訪問看護ステーションとの連携により、看護職員が指定地域密着型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、指定地域密着型通所介護事業所の提供時間帯を通じて密接かつ適切な連携を図っていますか。連携先の名称（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | □ | □ | □ |
|  | 単位ごとに介護職員を常時１人以上配置していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 介護職員は、提供日ごとに、サービス提供時間に勤務する時間の合計数をサービス提供時間で除して得た数が、利用者数15人までの場合は１以上、15人を超える場合は15人を超える部分の数を５で除して得た数に１を加えた数以上確保されていますか。 | □ | □ | □ |
| 従業者の資格について | 各従業者の資格は適正ですか。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 「○」を記載 | 生活相談員 |  | 社会福祉士 |
|  | 精神保健福祉士 |
|  | 介護福祉士 |
|  | 社会福祉主事 |
|  | 介護支援専門員 |
| 看護職員 |  | 看護師 |
|  | 准看護師 |
| 機能訓練指導員 |  | 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 |
|  | きゅう師 |

※機能訓練指導員として配置するはり師及びきゅう師については、理学療法士、作業療法士、言語聴覚氏、看護職員、柔道整復師、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であること。 | □ | □ | □ |
| 単位の取扱いについて | 次のような場合は２単位として取り扱っていますか。※　利用者ごとに策定した地域密着型通所介護計画に位置付けられた内容の地域密着型通所介護が一体的に提供されていると認められる場合は、同一単位で提供時間数の異なる利用者に対して地域密着型通所介護を行うことは可能。※　同時一体的に行われていると認められない場合は、別単位となることに留意すること。 | □ | □ | □ |
|  | 指定地域密着型通所介護が同時に一定の距離を置いた２つの場所で行われ、これらのサービスの提供が一体的に行われているといえない場合 | □ | □ | □ |
|  | 午前と午後とで別の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 | □ | □ | □ |
| 延長サービス提供について | 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う場合にあっては、事業所の実状に応じて、適当数の従業者を配置していますか。 | □ | □ | □ |
| 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場合については、市町村の定める当該第一号通所事業の人員に関する基準を満たすことをもって、基準を満たしているものとみなすことができます。 | □ | □ | □ |
| ３　管理者 | 常勤で専ら当該事業所の管理業務に従事していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 兼務である場合は、次のとおりですか。1. 当該指定地域密着型通所介護事業所の地域密着型通所介護従業者としての職務に従事する場合
2. 同一敷地内にある又は道路を隔てて隣接する等、特に当該事業所の管理業務に支障がないと認められる範囲内に他の事業所、施設等がある場合に、当該他の事業所、施設等の管理者又は従業者としての職務に従事する場合

※　例えば、管理すべき事業所数が過剰であると個別に判断される場合や、併設される入所施設において入所者に対しサービス提供を行う看護・介護職員と兼務する場合などは、管理業務に支障があると考えられます。ただし、施設における勤務時間が極めて限られている職員である場合等、個別に判断の上、例外的に認める場合もあり得ます。

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 | 職　　名 |
|  |  |

※　管理者の兼務に関する枚方市の考え方は次頁に記載。 | □ | □ | □ |
| （変更届出の手続） | 管理者の交代があった場合、速やかに変更届出を枚方市に提出していますか。※　変更した日から10日以内に提出してください。 | □ | □ | □ |

◆管理者の業務に支障がないとして他の従業者との兼務が認められる場合

★枚方市の考え方（兼務が認められる場合）

①　同一事業所内における兼務

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **居宅サービス事業所等の種類** | **兼務が認められるもの** |
| １ | 居宅介護支援事業所 | 管理者と介護支援専門員 |
| ２ | 訪問介護・予防訪問事業所 | 管理者とサービス提供責任者 |
| ３ | （介護予防）訪問看護事業所 | 管理者と看護職員 |
| ４ | （介護予防）福祉用具貸与事業所 | 管理者と専門相談員 |
| ５ | 特定（介護予防）福祉用具販売事業所 | 管理者と専門相談員 |
| ６ | ４、５の運営を一体的に行う事業所 | 両事業所の管理者と両事業所の専門相談員 |
| ７ | 通所介護・予防通所事業所(地域密着型通所介護も同様) | 管理者と生活相談員 |

②　併設する（同一敷地内にある）他の事業所との兼務　（管理者のみの兼務に限る。）

（例）訪問介護（予防）事業所の管理者と（介護予防）訪問看護事業所の管理者の兼務

※　①及び②の両方の兼務は認めないものとする。

※　以上の考え方に該当しない個別事例については、人員基準の趣旨を踏まえ、個別に判断する。

**【参考図】**

②

①

Ⅲ（設備に関する基準）※予防通所事業含む

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 項　　目 | 内容 | できている | できていない | 該当なし |
| １　専用区画 | 食堂、機能訓練室、静養室、相談室及び事務室を有するほか、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る場合に限り、同一の場所としていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 食堂及び機能訓練室の面積が、利用定員×３㎡以上ですか。（食堂及び機能訓練室の面積の合計　　　　　　　　　　㎡） | □ | □ | □ |
|  | 食堂及び機能訓練室の面積は事務スペース等を除いていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 相談室は利用申込の受付、相談等に対応するのに適切なスペースを確保されており、遮へい物の設置等（壁、パーテーションによるもののほか、つい立や家具等によるものも可）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。 | □ | □ | □ |
|  | 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事業所の事業に供するものとなっていますか。※　指定地域密着型通所介護事業所と指定居宅サービス事業所等を併設している場合に、利用者のサービス提供に支障がない場合は設備基準上両方のサービスに規定があるもの、または玄関・廊下・階段・送迎車両など基準上規定はないが設置されるものについては、共用が可能です。 | □ | □ | □ |
|  | 指定地域密着型通所介護の機能訓練室と、指定地域密着型通所介護事業と併設関係にある病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院における指定通所リハビリテーション等行うためのスペースについて共用する場合は、以下の条件に適合していますか。イ　当該部屋等において、指定地域密着型通所介護の機能訓練室等と指定通所リハビリテーション等を行うためのスペースが明確に区分されていること。ロ　指定地域密着型通所介護の機能訓練室として使用される区分が、指定地域密着型通所介護の設備基準を満たし、かつ、指定通所リハビリテーション等を行うためのスペースとして使用される区分が指定通所リハビリテーション等の設備基準を満たすこと。 | □ | □ | □ |
|  | 設備を共用する場合、指定地域密着型通所介護事業者は、事業所において感染症が発生し、又はまん延しないよう必要な措置を講じなければならず、衛生管理に一層努めていますか。 | □ | □ | □ |
| ２　設備及び備品等 | 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等を備えていますか。※　消火設備その他の非常災害に際して必要な設備とは、消防法その他の法令等に規定された設備を示しており、それらの設備を確実に設置しなければならないものです。 | □ | □ | □ |
|  | 指定地域密着型通所介護の設備は、専ら当該指定地域密着型通所介護事業所の事業に供するものとなっていますか。※　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、この限りではありません。 | □ | □ | □ |
|  | 利用者にかかる各種記録類等を保管するものにあっては、個人情報の漏洩防止の観点から配慮されたもの（扉がガラスでないもの、施錠可能なもの等）となっていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 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ませんか。 | □ | □ | □ |
|  | 浴室・トイレ内で洗剤等を放置していませんか。 | □ | □ | □ |
| ３　設備を利用した宿泊サービスの提供 | 利用者に対するサービス提供に支障がない場合で、指定地域密着型通所介護事業の設備を利用し、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（宿泊サービス）を提供する場合、サービス提供開始前に枚方市に届け出ていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 届け出た宿泊サービスの内容に変更がある場合は、変更の事由が生じてから10日以内に、また、宿泊サービスを休止又は廃止する場合は、１月前までに枚方市に届け出るよう努めていますか。 | □ | □ | □ |
| ４　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ますか。※指定地域密着型通所介護事業者が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場合については、市町村の定める当該第一号通所事業の設備に関する基準を満たすことをもって、基準を満たしているものとみなすことができます。 | □ | □ | □ |
| （変更届出の手続） | 専用区画に変更がある場合（指定申請時点及びその後に変更届出が提出されている場合はその時点から）、速やかに変更届出を枚方市に提出していますか。※　変更した日から10日以内に提出してください。具体的な事項： | □ | □ | □ |

Ⅳ（運営に関する基準）※予防通所事業含む

| 項　　目 | 内容 | できている | できていない | 該当なし |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| １　内容及び手続の説明及び同意 | サービスの提供開始前に、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ますか。 | □ | □ | □ |
| サービスの内容及び利用料等について利用者の同意を得ていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 重要事項説明書には利用者の署名・捺印を受けていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 重要事項説明書と運営規程間で内容（営業日時、通常の事業の実施地域など）が相違していませんか。 | □ | □ | □ |
|  | 重要事項説明書には、運営規程の概要、地域密着型通所介護従業者の勤務の体制、その他の利用申込者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を記載していますか。

|  |  |
| --- | --- |
| 事業者、事業所の概要（名称、住所、所在地、連絡先など） | 有・無 |
| 運営規程の概要（目的、方針、営業日時、利用定員、利用料金、通常の事業の実施地域、提供するサービス内容及び提供方法など） | 有・無 |
| 管理者氏名及び従業者の勤務体制 | 有・無 |
| 提供するサービスの内容とその料金について | 有・無 |
| その他費用（交通費など）について | 有・無 |
| 利用料、その他費用の請求及び支払方法について | 有・無 |
| 高齢者の虐待防止に関する項目 | 有・無 |
| 身体拘束について | 有・無 |
| 秘密保持と個人情報の保護（使用同意など）について | 有・無 |
| 緊急時の対応方法及び連絡先 | 有・無 |
| 事故発生時の対応（損害賠償の方法を含む。） | 有・無 |
| 心身の状況の把握 | 有・無 |
| 居宅介護支援事業者等との連携 | 有・無 |
| サービス提供の記録 | 有・無 |
| 非常災害対策 | 有・無 |
| 衛生管理 | 有・無 |
| サービス内容の見積り（サービス提供内容及び利用者負担額の目安など） | 有・無 |
| 苦情処理の体制及び手順、苦情相談窓口の連絡先（事業者、市町村、大阪府国民健康保険団体連合会など） | 有・無 |
| 事業者、事業所、利用者（場合により代理人）による説明確認欄 | 有・無 |

 | □ | □ | □ |
|  | サービスの提供開始について、利用者と契約書を交わしていますか。・　契約の内容は、不当に利用者の権利を侵害若しくは制限するものとなっていませんか。・　契約書への署名押印等は、次のとおりとしていますか。事業者側：法人所在地・法人名称・法人代表者を記載の上、法人代表者印を押印していますか。利用者側：利用者又は法定代理人の住所・氏名を記載の上、押印していますか。 | □ | □ | □ |
| ２　サービス提供拒否の禁止 | 正当な理由なくサービス提供を拒否していませんか。・　要介護度や所得の多寡等を理由にサービスの提供を拒否していませんか。（提供を拒むことのできる正当な理由）1. 当該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当該事業所の通常の事業の実施地域外である場合、その他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な場合

・　ＭＲＳＡ（黄色ブドウ球菌、抗生物質が効かない。）、Ｂ型肝炎等の感染症のキャリアであることのみをもってサービス提供を拒否していませんか。・　正当な理由により、サービス提供を拒否した場合にあっては、その内容について記録していますか。受付日、利用申込者住所・氏名（可能な限り）、拒否をした理由、その他⇒申込み受付票、業務日誌など記録する様式は問いませんが、拒否したことの正当性を明らかにしておくため、記録をすることが望ましい。 | □ | □ | □ |
| ３　サービス提供困難時の対応 | サービス提供が困難な場合、居宅介護支援事業者への連絡を行い、適当な他の地域密着型通所介護事業者等を紹介する等の必要な措置を速やかに講じていますか。 | □ | □ | □ |
| ４　受給資格及び介護保険負担割合証の確認 | 利用申込者の被保険者証及び介護保険負担割合証で、被保険者資格、要介護認定等の有無及び要介護認定等の有効期間、負担割合を確認していますか。（確認の具体的な方法：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）被保険者証の写し若しくはその内容を記録したものが整備されていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 利用者は枚方市の被保険者（住所地特例者を除く。）に限っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 被保険者証に認定審査会意見が記載されているときは、サービス提供を行うに際し､その意見を考慮していますか。 | □ | □ | □ |
| ５　要介護認定等の申請に係る援助 | 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ますか。 | □ | □ | □ |
|  | 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ますか。 | □ | □ | □ |
| 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ますか。 | □ | □ | □ |
| ７　居宅介護支援事業者等との連携 | 指定地域密着型通所介護事業者は、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ますか。 | □ | □ | □ |
|  | サービスの終了に際しては、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、居宅介護支援事業者等に対する情報の提供、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。 | □ | □ | □ |
| ８　法定代理受領サービスを受けるための援助 | 利用申込者又はその家族に対し、居宅サービス計画の作成を居宅介護支援事業者に依頼する旨を市町村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すること、居宅介護支援事業者に関する情報を提供することその他の法定代理受領サービスを行うために必要な援助を行っていますか。 | □ | □ | □ |
| 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には、居宅サービス計画に沿ったサービスを提供していますか。 | □ | □ | □ |
| 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（利用者の状態の変化等により追加的なサービスが必要となり、居宅サービス計画の変更が必要となった場合を含む。）は、当該利用者に係る居宅介護支援事業者への連絡その他の必要な援助（支給限度額の範囲内で居宅サービス計画を変更する必要がある旨の説明など）を行っていますか。 | □ | □ | □ |
| 11　サービス提供の記録 | サービスを提供した際には、当該指定地域密着型通所介護の提供日及びサービス内容、当該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（サービス利用票等）に記載していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 利用者、事業者の双方が、サービス提供実績等の確認を行えるよう、また、利用者の心身の状況等把握したことについて、今後のサービス提供に活かすため、記録をとっていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 記録には、次の内容が記載されていますか。・　サービス提供日、提供時間、具体的なサービス内容、提供者の氏名等、利用者の心身の状況等※　サービス提供時間は地域密着型通所介護計画等の時間ではなく実際の時間を記録すること。 | □ | □ | □ |
|  | 送迎の記録（送迎担当者、事業所及び利用者宅の発着時間等）を記録していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 服薬管理を行っている場合、当該記録をとっていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 利用者からの申し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、その情報を提供していますか。 | □ | □ | □ |
| 12　利用料等の受領 | 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のうち利用者の負担割合に応じた額の支払を受けていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 利用料について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を提供した際にその利用者から支払を受ける利用料の額と、指定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との間に、不合理な差額が生じないようにしていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 介護保険給付の対象となる指定地域密着型通所介護のサービスと明確に区分されるサービスについては、次のような方法により別の料金設定をしていますか。 |  |
|  | ①　利用者またはその家族に対し、当該事業が指定地域密着型通所介護の事業とは別事業であり、当該サービスが介護保険給付の対象とならないサービスであることを説明し、理解を得ていますか。 | □ | □ | □ |
|  | ②　当該事業の目的、運営方針、利用料等が、指定地域密着型通所介護事業所の運営規程と別に定めていますか。 | □ | □ | □ |
|  | ③　会計が指定地域密着型通所介護の事業の会計と区分されていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 通常の事業実施地域内でサービス提供を行う場合、交通費の支払を受けていませんか。※　送迎に係る費用は算定単位に含まれています。 | □ | □ | □ |
|  | 利用料のほかに、下記に掲げる費用の支払いを受けていますか。 |  |
|  | ①　利用者の選定により通常の事業実施地域以外に居住する利用者に対して行う送迎を行う費用※　交通費の記載例：公共交通機関を利用する場合はその実費をいただきます。自動車を使用する場合は、事業所から利用者居宅までの距離が○○キロメートルまでは○○円、○○キロメートルを超える場合は○○キロメートルごとに○○円をいただきます。など | □ | □ | □ |
|  | ②　指定地域密着型通所介護の通常要する時間を超える指定地域密着型通所介護（預かりサービス等）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 | □ | □ | □ |
|  | ③　食事の提供に要する費用 | □ | □ | □ |
|  | ④　おむつ代 | □ | □ | □ |
|  | ⑤　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）※　利用者又はその家族等の自由な選択に基づき、事業者が地域密着型通所介護等の提供の一環として提供する日常生活上の便宜に係る経費が該当します。※　サービスの提供と関係のないもの（利用者の嗜好品の購入等）については、「その他の日常生活費」とは区分されるべきものです。 | □ | □ | □ |
|  | 利用者から支払いを受けることができる費用について、あらかじめ、利用者又はその家族に対し、当該サービスの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ますか。 | □ | □ | □ |
| その他の日常生活費について | ⑤の「その他の日常生活費」の受領については、下記に掲げる基準が遵守されていますか。※　「通所介護費等における日常生活費に要する費用の取扱いについて（平成12年３月30日老企第54号）」参照 | □ | □ | □ |
|  | 費用徴収に当たっては、利用者の希望によって、身の回り品及び教養娯楽として日常生活に必要なものを事業者が提供する場合に限っていますか。※　事業者がすべての入居者に対して一律に提供し、すべての入居者からその費用を画一的に徴収することは認められない。 | □ | □ | □ |
|  | 対象となる便宜と、保険給付の対象となっているサービスとの間に重複関係がありませんか。※　事業所のサービス提供の一環として全体で行うレクリエーション費（利用者の希望により参加するクラブ活動や行事等は除く。）は基本報酬に含まれているため、別途徴収は不可。 | □ | □ | □ |
|  | 保険給付の対象となっているサービスと明確に区分され、費用の内訳が明らかにされていますか。※　あいまいな名目による費用の受領は不可。　○･･･日用品費（シャンプー、歯ブラシ、タオル等）　100円/日　×･･･日用品費　100円/日→内容があいまい※　通所介護の「その他の日常生活費」の具体的な範囲について①　個人用の日用品について○･･･シャンプー、リンス、石鹸、歯ブラシ、タオル、カミソリ、ティッシュペーパー、化粧品、入れ歯洗浄剤×･･･ポータブルトイレ、車いす、歩行器、共用の談話室等のテレビやカラオケ使用料②　利用者の希望により参加するクラブ活動や行事等に必要な材料費について○･･･サービスの一環として行われるクラブ活動や行事のために調達し、提供する材料であって、利用者に負担させることが適当と認められるもの。（例えば、習字、お花、絵画、刺繍等のクラブ活動等の材料費）に係る費用は、教養娯楽に要する費用として、「その他の日常生活費」に該当します。×･･･一般的に想定されるサービス提供の範囲を超えるもの。（希望を募り実施する旅行等→介護保険上のサービス提供とは関係のない費用として徴収すること） | □ | □ | □ |
|  | 利用者又はその家族等の自由な選択に基づいて行われるものでなければならないため、徴収するにあたっては事前に十分な説明を行い、その同意を得ていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 実費相当額の範囲内としていますか。※　その都度変動する性質ものである場合は「実費」という形の定め方も可。 | □ | □ | □ |
|  | 運営規程において定めるとともに、サービスの選択に資すると認められる重要事項として、事業所の見やすい場所に掲示していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 利用者の選定により通常の事業実施地域外でサービス提供を行う場合、それに要した交通費の額以外の支払を受けていませんか。 | □ | □ | □ |
|  | 利用者の選定により通常の事業実施地域外でサービス提供を行う場合、それに要した交通費の支払について、あらかじめ、利用者又はその家族に対し、当該サービスの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ますか。 | □ | □ | □ |
| 領収証の交付 | 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ますか。 | □ | □ | □ |
|  | 領収証には、保険給付の対象額とその他の費用を区分して記載していますか。 | □ | □ | □ |
|  | その他の費用についてはさらに個別の費用ごとに区分して記載していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 保険給付対象額のうち、医療費控除の対象となる額を明示して記載していますか。※　平成12年６月12日厚生省事務連絡｢介護保険制度下での介護サービスの対価に係る医療費控除の取り扱いに係る留意点について｣参照 | □ | □ | □ |
| 13　保険給付の請求のための証明書の交付 | 法定代理受領サービスに該当しない（償還払い）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交付していますか。 | □ | □ | □ |
| 14　指定地域密着型通所介護の基本取扱方針 | 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。 | □ | □ | □ |
|  | 自らその提供する指定地域密着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。具体的には、目標達成の度合い及びその効果等や利用者及びその家族の満足度等について常に評価を行うとともに地域密着型通所介護計画の修正を行うなど、その改善を図っていることが望ましい。 | □ | □ | □ |
| 15　指定地域密着型通所介護の具体的取扱方針 | 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ますか。 | □ | □ | □ |
|  | 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。 | □ | □ | □ |
|  | 提供に当たっては、地域密着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。 | □ | □ | □ |
|  | 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。 | □ | □ | □ |
|  | 地域密着型通所介護計画の目標及び内容や利用日の行事及び日課等も含め説明していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 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ますか。 | □ | □ | □ |
|  | 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。 | □ | □ | □ |
|  | 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ますか。 | □ | □ | □ |
|  | 認知症の状態にある要介護者で、他の要介護者と同じグループとして、サービス提供が困難な場合は、必要に応じグループを分けて対応していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 指定地域密着型通所介護は、事業所内でサービス提供することを原則としていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 事業所の屋外でサービスを提供する場合は、下記の条件を満たしていますか。 |  |
|  | ・　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ますか。 | □ | □ | □ |
|  | ・　効果的な機能訓練等のサービス提供できる場合ですか。 | □ | □ | □ |
| 16　地域密着型通所介護計画の作成等 | 管理者は、利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、機能訓練等の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した地域密着型通所介護計画を作成していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 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ますか。 | □ | □ | □ |
|  | 地域密着型通所介護計画について、介護の提供に係る計画等の作成に関し経験のある者や、介護の提供について豊富な知識及び経験を有する者にそのとりまとめを行わせていますか。※　従業者に介護支援専門員がいる場合は、その者にとりまとめを行わせることが望ましい。 | □ | □ | □ |
|  | 既に居宅サービ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地域密着型通所介護計画を作成していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 地域密着型通所介護計画の作成後に居宅サービス計画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ますか。 | □ | □ | □ |
|  | 管理者は、地域密着型通所介護計画の作成に当たって、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ますか。 | □ | □ | □ |
|  | 地域密着型通所介護計画の目標や内容については、利用者又はその家族に、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ますか。 | □ | □ | □ |
|  | 管理者は、地域密着型通所介護計画を作成した際には、当該地域密着型通所介護計画を利用者に交付していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 従業者は、それぞれの利用者について、地域密着型通所介護計画に沿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。 | □ | □ | □ |
|  | 指定居宅介護支援事業者等から地域密着型通所介護計画の提供の求めがあった際には、地域密着型通所介護計画を提供することに協力するよう努めていますか。 | □ | □ | □ |
| 17　指定予防通所事業の基本取扱方針 | 利用者の介護予防に資するよう、その目標を設定し、計画的に行っていますか。 | □ | □ | □ |
| 自らその提供する指定予防通所事業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ますか。 | □ | □ | □ |
|  | 指定予防通所事業の提供に当たり、単に利用者の運動器の機能の向上、栄養状態の改善、口腔機能の向上等の特定の心身機能に着目した改善等を目的とするものではなく、当該心身機能の改善等を通じて、利用者ができる限り要介護状態とならないで自立した日常生活を営むことができるよう支援することを目的とするものであることを常に意識して、サービスの提供に当たっていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 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ますか。 | □ | □ | □ |
|  | 指定予防通所事業の提供に当たり、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ますか。 | □ | □ | □ |
|  | 提供されたサービスについては、通所型サービス個別計画に定める目標達成の度合いや利用者及びその家族の満足度等について常に評価を行うなど、その改善を図っていますか。 | □ | □ | □ |
| 18　指定予防通所事業の具体的取扱方針 | 管理者は、利用者の心身の状況、その置かれている環境等の利用者の日常生活全般の状況及び希望を踏まえて、サービスの目標、当該目標、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型サービス個別計画を作成していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 通所型サービス個別計画の作成に当たっては、主治医又は主治の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適切な方法により利用者の状況を把握・分析し、解決すべき問題状況を明らかにし（アセスメント）、これに基づき、支援の方向性や目標を明確にし、提供する提供するサービスの具体的内容、所要時間、日程等を明らかにするものとなっていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 管理者は、既に介護予防サービス計画等が作成されている場合は、当該計画の内容に沿って通所型サービス個別計画を作成していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 通所型サービス個別計画の作成後に介護予防アプラン等が作成された場合は、当該通所型サービス個別計画が介護予防ケアプラン等に沿ったものであるか確認し、必要に応じて変更していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 管理者は、通所型サービス個別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ますか。 | □ | □ | □ |
|  | 通所型サービス個別計画の目標や内容等については、利用者又はその家族に、理解しやすい方法で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ますか。 | □ | □ | □ |
|  | 管理者は、通所型サービス個別計画を作成した際には、当該計画を利用者に交付していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 指定介護予防支援事業者等から通所型サービス個別計画の提供の求めがあった際には、当該計画を提供することに協力するよう努めていますか。 | □ | □ | □ |
| 指定介護予防支援事業者等に対する報告等 | 管理者は、通所型サービス個別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ケアプラン等を作成した指定介護予防支援事業者等に報告するとともに、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。 | □ | □ | □ |
|  | 管理者は、モニタリングの結果を記録し、当該記録をサービスの提供に係る介護予防ケアプラン等を作成した指定介護予防支援事業者等に報告していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 管理者は、モニタリングの結果を踏まえ、必要に応じて通所型サービス個別計画の変更を上記に定める基準に従い行っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 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、利用者の日常生活全般の状況の的確な把握を行っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | サービスの提供に当たっては、通所型サービス個別計画に基づき、利用者が日常生活を営むのに必要な支援を行っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 指定予防通所事業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。 | □ | □ | □ |
|  | 指定予防通所事業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ますか。 | □ | □ | □ |
| サービスの提供に当たっての留意点 | 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、サービスの提供による当該課題に係る改善状況等を踏まえ、効率的かつ柔軟なサービスの提供に努めていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 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提供に当たっては、国内外の文献等において有効性が確認されている等の適切なものとなっていますか。 | □ | □ | □ |
|  | サービスの提供に当たっては、利用者が虚弱な高齢者であることに十分に配慮し、利用者に危険が伴うような強い負荷を伴うサービスの提供は行わないとともに、安全管理体制等の確保を図ること等を通じて、利用者の安全面に最大限配慮していますか。 | □ | □ | □ |
| 安全管理体制等の確保 | サービスの提供を行っているときに利用者に病状の急変等が生じた場合に備え、緊急時マニュアル等を作成し、その事業所内の従業者に周知徹底を図るとともに、速やかに主治の医師への連絡を行えるよう、緊急時の連絡方法をあらかじめ定めていますか。 |  |  |  |
|  | サービスの提供に当たり、転倒等を防止するための環境整備に努めていますか。 |  |  |  |
|  | サービスの提供に当たり、事前に脈拍や血圧等を測定する等利用者の当日の体調を確認するとともに、無理のない適度なサービスの内容とするよう努めていますか。 |  |  |  |
|  | 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、主治の医師への連絡を行う等の必要な措置を速やかに講じていますか。 |  |  |  |
| 19　利用者に関する保険者市町村への通知 | 利用者について、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町村に通知していますか。①　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、要介護状態等の程度を増進させたと認められるとき。②　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。 | □ | □ | □ |
| 20　緊急時等の対応 | 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に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、運営規程に定められた緊急時の対応方法に基づき速やかに主治の医師への連絡を行う等の必要な措置を速やかに講じていますか。　措置の具体的内容：　 | □ | □ | □ |
| 21　管理者等の責務 | 管理者は、当該指定地域密着型通所介護事業所の従業者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。  | □ | □ | □ |
|  | 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規定を遵守させるため必要な指揮命令を行っていますか。 | □ | □ | □ |
| 22　運営規程 | 運営規程には、次の事項が定められていますか。・　事業の目的及び運営方針　 　　（有・無）・　従業者の職種、員数及び職務の内容 　　（有・無）・　営業日及び営業時間 　　（有・無）・　指定地域密着型通所介護の利用定員　　　　　　 （有・無）・　指定地域密着型通所介護内容及び利用料その他費用の額　 （有・無）・　通常の事業の実施地域 　　（有・無）* サービス利用に当たっての留意事項　　　　　　 （有・無）

・　緊急時等における対応方法 　　（有・無）・　非常災害対策　　　　　　　　　　　　　　　　 （有・無）・　その他運営に関する重要事項 　　　　　　　　　（有・無） | □ | □ | □ |
| 23勤務体制の確保 | 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ますか。 | □ | □ | □ |
|  | 指定地域密着型通所介護事業所ごとに、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ますか。※　利用者の処遇に直接影響を及ぼさない業務（調理、洗濯等）については第三者への委託等を行うことは可。 | □ | □ | □ |
|  | 指定地域密着型通所介護事業所ごとに、管理者を含めて、原則として月ごとの勤務表を作成し、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ますか。 | □ | □ | □ |
| （研修機会の確保） | 従業者の資質向上のため、計画的な研修の機会を確保・実施し、研修に関する記録を残していますか。□　衛生管理(感染症・食中毒予防)　□　苦情処理　　□　緊急時対応□　事故防止・発生時対応等　□　高齢者虐待防止　□　身体拘束その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | □ | □ | □ |
| (マニュアルの整備) | サービス提供に関するマニュアル等を整備し、事業所に設置するとともに、従業者に周知していますか。□　衛生管理(ノロウイルス、O-157、結核、インフルエンザ、MRSA、HIV)□　緊急時対応　　□　苦情処理　　□　事故防止・発生時対応等□　高齢者虐待防止　　□身体拘束その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | □ | □ | □ |
| 24　定員の遵守 | 利用定員を超えて指定地域密着型通所介護の提供を行っていませんか。※　災害その他やむを得ない事情がある場合は、この限りではありません。 | □ | □ | □ |
| 25　非常災害対策 | 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ますか。※　非常災害に関する具体的計画は、消防計画及び風水害、地震等の災害に対処するための計画となっていますか。※　防火管理者を置くこととされている指定地域密着型通所介護にあってはその者に行わせていますか。※　防火管理者を置かなくてもよいこととされている指定地域密着型通所介護事業所においても、防火管理について責任者を定め、その者に消防計画に準ずる計画の樹立等の業務を行わせていますか。 | 計画の有無 |
|  | 火災 | 有 | 無 |
|  | 水害 | 有 | 無 |
|  | 土砂災害 | 有 | 無 |
|  | 地震災害 | 有 | 無 |
|  |  |
|  | 火災等の災害時に、地域の消防機関へ速やかに通報する体制をとるよう従業員に周知徹底するとともに、日頃から消防団や地域住民との連携を図り、火災等の際に消火・避難等に協力してもらえるような体制作りを行っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 定期的に必要な訓練を行っていますか。（年２回以上） | □ | □ | □ |
|  | 火災訓練以外に水害・土砂災害・地震等の訓練を行っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | ●火災訓練の実施状況　※前年度及び今年度の実施状況（予定を含む）を記入してください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 実施日 | 消防署の立入 | 入所者の参加 | 地域の参加 | 記録 |
| . . | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 |
| . . | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 |
| . . | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 |
| . . | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 |

 |
|  | ●水害・土砂災害・地震等の避難訓練の実施状況

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 実施日 | 消防署の立入 | 入所者の参加 | 地域の参加 | 記録 |
| . . | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 |
| . . | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 |
| . . | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 |
| . . | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 |

 |
|  | 防火管理者（消防法に基づく）を置いていますか。※　防火管理者を記載　　　職・名　　　　　　　　　　　 | □ | □ | □ |
|  | 防火管理者が変更となった場合、変更届を行っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 消防法による消防計画の届出を行っていますか。消防計画の提出日　　　　　年　　　月　　　日 | □ | □ | □ |
| 宿泊サービス実施事業所のみ | 定期的に夜間を想定した必要な訓練を行っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 非常時に備え、備蓄を行っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 食糧・飲料水及び生活必需品等の備蓄を行っていますか。（生活必需品）医薬品、毛布、紙おむつ、簡易トイレ、暖房器具、携帯電話用バッテリーチャージャー、懐中電灯　等 | □ | □ | □ |
|  | 備蓄は利用者のみでなく、職員分も備蓄していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 備蓄は３日分程度確保されていますか。 | □ | □ | □ |
| 26　衛生管理等 | 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。 | □ | □ | □ |
|  | 従業者の清潔保持、健康状態の管理を行っていますか。※　従業者の健康診断受診状況等の管理を行っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 当該指定地域密着型通所介護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じるよう努めていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 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、必要に応じて保健所の助言、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。 | □ | □ | □ |
|  | 空調設備等により施設内の適温の確保に努めていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 加湿器を設置している場合、レジオネラ菌による感染防止のため、タンクの水を毎日交換し、加湿装置の汚れを一月に１回以上点検するなどの必要な措置を講じていますか。※　厚生労働省告示第264号「レジオネラ症を予防するための必要な措置に関する技術上の指針」参照 | □ | □ | □ |
| 27掲　　　示 | 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ますか。※　掲示すべき内容（項目は重要事項説明書と同じ）①　運営規程の概要（目的、方針、営業日時、利用料金、通常の事業の実施地域、サービス提供方法など）②　従業者の勤務体制③　秘密保持と個人情報の保護（使用同意など）について④　事故発生時の対応（損害賠償の方法を含む）⑤　苦情処理の体制及び手順、苦情相談の窓口、苦情・相談の連絡先（事業者、市町村、大阪府国民健康保険団体連合会など）⑥　虐待通報窓口（市町村） | □ | □ | □ |
| 28　秘密保持等 | 指定地域密着型通所介護事業所の従業者は業務上知り得た利用者又はその家族等の秘密を漏らしていませんか。 | □ | □ | □ |
|  | 従業者又は従業者であった者が業務上知り得た利用者又はその家族等の秘密を漏らすことがないよう、必要な措置を講じていますか。※　指定地域密着型通所介護事業者は、当該指定地域密着型通所介護事業所の従業者が、従業者でなくなった後においてもこれらの秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用時等に取り決めておくなどの措置を講じていますか。※　従業員の在職中及び退職後の秘密保持のため、就業規則、雇用契約、労働条件通知書、誓約書等で取決めが行われていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 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ますか。（　同意書様式：有 ・ 無、利用者：有 ・ 無、利用者の家族：有 ・ 無　） | □ | □ | □ |
| 29　広　　　告 | 指定地域密着型通所介護事業所について広告をする場合、内容が虚偽又は誇大なものになっていませんか。【広告媒体】新聞（折込広告を含む。）・ラジオ・テレビ・ダイレクトメール・屋外広告物（看板・のぼり・横断幕・懸垂幕・アドバルーン・社内吊広告など）・インターネット　ほか | □ | □ | □ |
| 30宅介護支援事業者に対する利益供与の禁止 | 居宅介護支援事業者又はその従業者に対し、利用者に対して特定の事業者によるサービスを利用させることの対償として、金品その他の財産上の利益を供与していませんか。 | □ | □ | □ |
| 31　苦情処理 | 提供した指定地域密着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。※　「必要な措置」とは、具体的には、相談窓口、苦情処理の体制及び手順等当該事業所における苦情を処理するために講ずる措置の概要について明らかにし、利用申込者又はその家族にサービスの内容を説明する文書に苦情に対する措置の概要についても併せて記載するとともに、事業所に掲示すること等である。 | □ | □ | □ |
|  | 苦情があった場合には、事業者が組織として迅速かつ適切に対応するため、当該苦情の受付日、その内容等を記録していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 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。 | □ | □ | □ |
|  | 市町村及び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指導又は助言を受けた場合においては、これに従って必要な改善を行っていますか。また、改善内容について求めがあった場合には、報告を行っていますか。 | □ | □ | □ |
| 32　地域との連携 | 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、当該指定地域密着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、地域密着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協議会（「運営推進会議」）を設置し、おおむね6月に1回以上、運営推進会議に活動状況を報告し、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ますか。 | □ | □ | □ |
|  | 複数の事業所の運営推進会議を合同で開催している場合、次に掲げる項目を満たしていか。 | □ | □ | □ |
|  | ①利用者及び利用者家族については匿名とするなど、個人情報・プライバシーを保護すること。 | □ | □ | □ |
|  | ②同一の日常生活圏域内に所在する事業所であること。※　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。 | □ | □ | □ |
|  | 運営推進会議での報告、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。 | □ | □ | □ |
|  | 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。 | □ | □ | □ |
|  | 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又はその家族からの苦情に関して市等が派遣する者が相談及び援助を行う事業その他の市が実施する事業に協力するよう努めていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 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ますか。 | □ | □ | □ |
| 33　事故発生時の対応 | サービス提供時に事故が発生した場合、事故に対応した適切な処置をとるとともに、利用者の家族、市町村、居宅介護支援事業者等に連絡を行うなどの必要な措置をとっていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 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ますか。※　事故・ひやりはっと事例報告に係る様式が作成され、事故・ひやりはっと事例報告に係る様式に記録されていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 利用者に対する指定地域密着型通所介護の提供により事故が発生した場合の対応方法についてあらかじめ定めていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 損害賠償保険加入、又は賠償金の積立を行っていますか。※　指定地域密着型通所介護の提供により賠償すべき事故が発生した場合において、速やかに賠償を行うため、損害賠償保険に加入していますか。又は賠償資力を有していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 指定地域密着型通所介護の送迎時に賠償すべき事故が発生した場合において、速やかに賠償を行うため、自動車保険（自賠責保険・任意保険）に加入していますか。又は賠償資力を有していますか。注）損害賠償責任保険について、送迎時の事故について免責となっている場合がありますので、保険内容をご確認ください。 | □ | □ | □ |
|  | 利用者に対する指定地域密着型通所介護の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 損害賠償保険加入、又は賠償金の積立を行っていますか。※　指定地域密着型通所介護の提供により賠償すべき事故が発生した場合において、速やかに賠償を行うため、損害賠償保険に加入していますか。又は賠償資力を有していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 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ますか。 | □ | □ | □ |
| 宿泊サービス実施事業所のみ | 宿泊サービスの提供により事故が発生した場合も上記と同様の対応を行っていますか。 | □ | □ | □ |
| 34　高齢者虐待の防止 | 従事者による利用者への虐待を行っていませんか。 | □ | □ | □ |
| 35　身体拘束の原則禁止 | サービス提供に当たっては、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、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為を行っていませんか。 | □ | □ | □ |
|  | 管理者及び各職種で構成する「身体拘束廃止委員会」などを設置し、事業所全体で身体拘束等の廃止に取り組んでいますか。 | □ | □ | □ |
|  | 緊急やむを得ず身体拘束等を行う場合、下記のような必要事項の記録を行っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | ①　どのような身体拘束等を行うか。 | □ | □ | □ |
|  | ②　いつからいつまで身体拘束等を行うか。* 設定期間は概ね１月となっているか
 | □ | □ | □ |
|  | ③　その際の利用者等の心身の状況 | □ | □ | □ |
|  | ④　緊急やむを得ない理由 | □ | □ | □ |
|  | 緊急やむを得ず身体拘束等を行った場合、本人又はその家族に説明していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 緊急やむを得ず身体拘束等を行った場合、ケース検討会議等で他に方法がないかどうか検討していますか。また、会議の内容について記録していますか。会議の構成員開催頻度　　　　回/ | □ | □ | □ |
| 36　防犯対策について | 防犯対策について検討し、マニュアル等を整備していますか。 | □ | □ | □ |
| 37　会計の区分 | 指定地域密着型通所介護事業所ごとに経理を区分するとともに、指定地域密着型通所介護の事業の会計とその他の事業の会計とを区分していますか。 | □ | □ | □ |
| 38　記録の整備 | 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ますか。 | □ | □ | □ |
| 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の各号に掲げる記録を整備し、サービス提供を開始した日から５年間保存していますか。①　地域密着型通所介護計画②　提供した具体的なサービスの内容等の記録③　利用者に関する市町村への通知に係る記録④　苦情の内容等の記録⑤　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 | □ | □ | □ |
| 39　お泊りデイ | 「指定地域密着型通所介護事業所等の設備を利用した夜間及び深夜に指定通所介護等以外のサービスを提供する場合の事業の人員、設備及び運営に関する指針について」に沿ってサービスを提供していますか。 | □ | □ | □ |
| （変更届出の手続） | 運営に関する基準について、変更届出提出の該当事項があった場合、速やかに変更届出を枚方市に提出していますか。※　変更した日から10日以内に提出してください。具体的な事項： | □ | □ | □ |

Ⅴ（業務管理体制の整備）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 項　　目 | 内容 | 　できている | できていない | 該当なし |
| １　業務管理体制整備に係る届出書の提出 | 届出先（所轄庁）は、事業者の介護サービス事業の展開地域にあわせて適切ですか。　届出先（所轄庁）：　　　　　　　　　　　　　　　・事業所等が３以上の地方厚生局の管轄区域に所在→【厚生労働省】　　・事業所等が２以上の都道府県の区域に所在し、かつ、２以下の地方厚生局の管轄区域に所在→【事業者の主たる事務所が所在する都道府県】　　・全ての事業所等が１の指定都市の区域に所在→【指定都市】　　・地域密着型（介護予防）サービスのみの事業者で、かつ、全ての事業所が１の市町村の区域に所在→【市町村】　　・上記以外→【都道府県】 | □ | □ | □ |
|  | 事業所等の増減により事業展開地域に変更が生じ、所轄庁が変更となった際、変更前と変更後のそれぞれの所轄庁に届け出ていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 整備すべき業務管理体制は、事業所等の数に応じて適切ですか。　事業所等の数：　　　　　　　件　　※予防サービスも１件とカウント、医療みなしと第１号事業は除く。①　法令遵守責任者の届出　　済　・　未　　　　氏名：　　　　　　　　　　　　　②　法令遵守規程の概要の届出　　済　・　未　・　非該当　③　業務執行状況の監査方法の概要の届出　　済　・　未　・　非該当　　　【事業所等の数20未満の事業者は①のみ】　　　【事業所等の数20以上の事業者は①及び②】　　　【事業所等の数100以上の事業者は①～③すべて】 | □ | □ | □ |
|  | 事業所等の増減により整備すべき業務管理体制が変更になった際、届け出ていますか。　※例：事業所数２→４や18→16は届出不要、19→20や22→15は届出必要。 | □ | □ | □ |
|  | 上記のほか、届出事項の変更は、所轄長に届け出ていますか。　【届出事項】　　○法人の種別・名称・主たる事務所の所在地・電話番号・FAX番号　　○法人代表者の職名・氏名・生年月日・住所　　○法令遵守責任者の氏名・生年月日　　○法令遵守規程の概要、監査方法の概要　　※法令遵守規程の概要や監査方法の概要は、字句の修正など体制に影響を及ぼさない軽微な変更は届出不要。 | □ | □ | □ |

Ⅵ－１（介護給付費関係－地域密着型通所介護費）※予防通所事業含む

| 項　　目 | 内容 | できている | できていない | 該当なし |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| １　算定上における端数処理について【予防も同様】 | 単位数算定の際の端数処理①　単位数の算定については、基本となる単位数に加減算の計算を行う度に、小数点以下の端数処理（四捨五入）を行っていますか。 | □ | □ | □ |
| 金額換算の際の端数処理②　算定された単位数から金額に換算する際に生ずる１円未満（小数点以下）の端数があるときは、端数を切り捨てていますか。 | □ | □ | □ |
| ２　サービス種類相互の算定関係について【予防も同様】 | 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居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又は予防通所事業費を算定していませんか。 | □ | □ | □ |
| ３　「認知症高齢者の日常生活自立度」の決定方法について【予防も同様】 | 加算の算定要件として、「「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」の活用について」（平成５年10月26日老健第135号厚生省老人保健福祉局長通知）に規定する「認知症高齢者の日常生活自立度」を用いる場合の日常生活自立度の決定に当たっては、判定結果（医師の判定結果又は主治医意見書）を用いていますか。※　主治医意見書とは、「要介護認定等の実施について」（平成21年９月30日老発0930第５号厚生労働省老健局通知）に基づき、主治医が記載した同通知中「３　主治医の意見の聴取」に規定する「主治医意見書」中「３　心身の状態に関する意見　(1)日常生活の自立度等について・認知症高齢者の日常生活自立度」欄の記載をいうものとする。 | □ | □ | □ |
|  | 判定結果は、判定した医師名、判定日と共に、居宅サービス計画又は各サービスのサービス計画に記載していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 複数の判定結果がある場合にあっては、最も新しい判定を用いていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 医師の判定が無い場合（主治医意見書を用いることについて同意が得られなかった場合を含む。）にあっては、「要介護認定等の実施について」に基づき、認定調査員が記入した同通知中「２(4)認定調査員」に規定する「認定調査票」の「認定調査票（基本調査）」の「認知症高齢者の日常生活自立度」欄の記載を用いていますか。 | □ | □ | □ |
| ４　介護給付費単位 | 所要時間及び利用者の要介護者の区分に従い、地域密着型通所介護費を算定していますか。 | □ | □ | □ |
| ５　所要時間の算定 | 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ますか。 | □ | □ | □ |
|  | ※　単に、当日のサービス進行状況や利用者の家族の出迎え等の都合で、当該利用者が通常の時間を超えて事業所にいる場合は、地域密着型通所介護のサービスが提供されているとは認められないため、この場合は当該計画に位置付けられた所要時間に応じた所定単位数が算定すること。※　このような家族等の出迎え等までの間の「預かり」サービスについては、利用者又はその家族等に対する事前の説明・同意のうえ、別途利用料を徴収して差し支えありません。※　当日の利用者の心身の状況から、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場合には地域密着型通所介護計画上の単位数を算定して差し支えありません。 |
|  | 地域密着型通所介護計画上の所要時間よりも大きく短縮した場合には、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単位数を算定していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 同一の日の異なる時間帯に複数の単位を行う事業所において、利用者が同一の日に複数の指定地域密着型通所介護の単位を利用する場合は、それぞれの地域密着型通所介護の単位について所定単位数を算定していますか。 | □ | □ | □ |
| 居宅内介助等を所要時間に含む場合の取扱いについて | 送迎に要する時間は、地域密着型通所介護を行うのに要する時間に含まないものであるが、送迎時に実施した居宅内での介助等（着替え、ベッド・車椅子への移乗、戸締まり等）に要する時間を、次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ますか。 | □ | □ | □ |
|  | 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ますか。 | □ | □ | □ |
|  | 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すか。 | □ | □ | □ |
| ２時間以上３時間未満の通所介護を行う場合の取扱い | 心身の状況その他利用者のやむを得ない事情（病後等で短時間の利用から始めて長時間利用に結びつけていく必要がある場合等）により、長時間のサービス利用が困難である利用者の場合のみとしていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 算定は４時間以上５時間未満の単位の100分の70に相当する単位数を算定していますか。 | □ | □ | □ |
|  | ２時間以上３時間未満の地域密着型通所介護であっても、地域密着型通所介護の本来の目的に照らし、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が実施されていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 単に入浴サービスのみといった利用となっていませんか。 | □ | □ | □ |
| ６　延長加算　★枚方市に届出が必要 | 日常生活上の世話を行った後に引き続き所要時間８時間以上９時間未満の指定通所介護を行った場合又は所要時間８時間以上９時間未満の指定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、次に掲げる区分に応じ、次に掲げる単位数を所定単位数に加算していますか。イ　９時間以上10時間未満の場合 　　50単位ロ　10時間以上11時間未満の場合　　100単位ハ　11時間以上12時間未満の場合　　150単位ニ　12時間以上13時間未満の場合　　200単位ホ　13時間以上14時間未満の場合　　250単位 | □ | □ | □ |
|  | 延長加算は５時間を限度として算定していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 例）①　９時間の地域密着型通所介護の後に連続して５時間の延長サービスを行った場合②　９時間の地域密着型通所介護の前に連続して２時間、後に連続して３時間、合計５時間の延長サービスを行った場合には、５時間分の延長サービスとして250単位を算定③　８時間の地域密着型通所介護の後に連続して５時間の延長サービスを行った場合には、通所介護と延長サービスの通算時間は13時間となり、４時間分（＝13時間－９時間）の延長サービスとして200単位を算定 |  |
|  | 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は、延長加算を算定していませんか。 | □ | □ | □ |
|  | 延長サービスを提供する場合は、当該事業所の実情に応じた適当数の従業者を配置していますか。 | □ | □ | □ |
| ７　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【予防も同様】 | 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うこととし、通所介護費等の算定方法において、定員超過利用の基準及び単位数の算定方法を明らかにしているところであるが、適正なサービスの提供を確保するための規定であり、定員超過利用の未然防止を図るよう努めるものとします。 |  |
|  | 当該減算における利用者の数は、１月間（暦月）の利用者の数の平均を用いていますか。※　当該月の全利用者等の延数を、当該月の日数で除して得た数の小数点以下を切り上げるものとする。 | □ | □ | □ |
|  | 定員超過利用の基準に該当することとなった事業所については、その翌月から定員超過利用が解消されるに至った月まで、利用者の全員について減算し、定員超過利用が解消されるに至った月の翌月から通常の所定単位数を算定していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 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ますか。 | □ | □ | □ |
| ８　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【予防も同様】 | 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うこととし、通所介護費等の算定方法において、人員基準欠如の基準及び単位数の算定方法を明らかにしているところであるが、これは適正なサービスの提供を確保するための規定であり、人員基準欠如の未然防止を図るよう努めるものとする。 |  |
|  | 人員基準上満たすべき職員の員数を算定する際の利用者数等は、当該年度の前年度（毎年４月１日に始まり翌年３月31日をもって終わる年度とする）の平均（新規開設又は再開の場合は推定数）を用いていますか。※　利用者数等の平均は、前年度の全利用者等の延数を当該前年度の日数で除して得た数の小数点以下を切り上げるものとする。 | □ | □ | □ |
|  | 看護職員の数は、１月間の職員の数の平均を用いていますか。※　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する。 | □ | □ | □ |
|  | 介護職員の数は、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ますか。※　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する。 | □ | □ | □ |
| １割を超えて減少した場合 | 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100分の70に相当する単位数を算定していますか。 | □ | □ | □ |
|  | ・（看護職員の算定式）　　　　　　　　　　$$\frac{サービス提供日に配置された延べ人数}{サービス提供日数}＜0.9$$ |  |
|  | ・（介護職員の算定式）$$\frac{当該月に配置された職員の勤務延時間数}{当該月に配置すべき職員の勤務延時間数}＜0.9$$ |  |
| １割の範囲内で減少した場合 | 人員基準上必要とされる員数から１割の範囲内で減少した場合は、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、利用者の全員について100分の70に相当する単位数を算定していますか。※　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。 | □ | □ | □ |
|  | ・（看護職員の算定式）$$0.9\leqq \frac{サービス提供日に配置された延べ人数}{サービス提供日数}＜1.0$$ |  |
|  | ・（介護職員の算定式）$$0.9\leqq \frac{当該月に配置された職員の勤務延時間数}{当該月に配置すべき職員の勤務延時間数}＜1.0$$ |  |
| ９　入浴介助加算★枚方市に届出が必要 | 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入浴介助を行った場合、１日につき50単位を所定単位数に加算していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 入浴中の利用者の観察（自立生活支援のための見守り的援助）を含む介助を行う場合に算定していますか。※　利用者の自立支援や日常生活動作能力などの向上のために、極力利用者自身の力で入浴し、必要に応じて介助、転倒予防のための声かけ、気分の確認などを行うことにより、結果として、身体に直接接触する介助を行わなかった場合についても、加算の対象となる。 | □ | □ | □ |
|  | 地域密着型通所介護計画上、入浴の提供が位置付けられている場合でも、利用者側の事情により入浴を実施しなかった場合は加算を算定していませんか。※　実施できなかった理由を記録に残しておくことが望ましい。 | □ | □ | □ |
| 10　中重度者ケア体制加算　★枚方市に届出が必要 | 中重度の要介護者を受け入れる体制を構築し、下記の要件を満たす場合、１日につき45単位を所定単位数に加算していますか。 | □ | □ | □ |
|  | ①　基準に規定す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以上確保していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 常勤換算方法による職員数の算定方法は、暦月ごとの看護職員又は介護職員の勤務延時間数を、当該事業所において常勤の職員が勤務すべき時間数で除して得た数の小数点第２位以下を切り捨てた数としていますか。 | □ | □ | □ |
|  | サービス提供時間前後の延長加算を算定する際に配置する看護職員又は介護職員の勤務時間数は含めていませんか。 | □ | □ | □ |
|  | ②　指定地域密着型通所介護事業所における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、４又は５である者の占める割合が100分の30以上あるか。※　前年度の実績が６月に満たない事業所（新たに事業を開始し、又は再開した事業所を含む。）については、前年度の実績による加算の届出はできない。 | □ | □ | □ |
|  | 要介護３、４又は５である者の割合については、利用者実人員数又は利用延人員数を用いていますか。※　要支援者に関しては人員数に含めない。 | □ | □ | □ |
|  | 前３月の実績により届出を行った事業所については、届出を行った月以降においても、直近３月間の利用者の割合が毎月継続的に所定の割合が維持されていますか。 | □ | □ | □ |
|  | その割合について、毎月ごとに記録していますか。※　所定の割合を下回った場合は、直ちに加算の取り下げを行うこと。 | □ | □ | □ |
|  | ③　指定地域密着型通所介護を行う時間帯を通じて、専ら当該指定地域密着型通所介護の提供に当たる看護職員を１名以上配置していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 当該看護職員は他の職務と兼務していませんか。※　指定基準の看護職員を専従の看護職員として提供時間を通じて配置している場合は、別で配置する必要はない。 | □ | □ | □ |
|  | 当該看護職員の配置があった日のみ算定していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 当該看護職員については、①の員数に含めていませんか。 | □ | □ | □ |
|  | 事業所を利用する利用者全員に算定していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 中重度の要介護者であっても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プログラムを作成していますか。※　今までその人が築いてきた社会関係や人間関係を維持し続けられるように、家庭内の役割づくりのための支援や、地域の中で生きがいや役割をもって生活できるような支援をすることなどの目標を地域密着型通所介護計画又は別途作成する計画に設定し、地域密着型通所介護の提供を行う必要がある。 | □ | □ | □ |
| 11　生活機能向上連携加算　★枚方市に届出が必要【予防も同様】 | 下記の要件を満たし、外部との連携により、利用者の身体の状況等の評価を行い、かつ、個別機能訓練計画を作成した場合に、１月につき200単位を所定単位数に加算していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 個別機能訓練加算を算定している場合は、100単位を算定していますか。※予防通所事業においては、「運動器機能向上加算」を算定の場合 | □ | □ | □ |
|  | 次に掲げる基準のいずれにも適合していること。 |  |
|  | イ　指定訪問リハビリテーション事業所又は指定通所リハビリテーション事業所若しくは医療提供施設（病院にあっては、許可病床数が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が、当該指定通所介護事業所を訪問し、当該事業所の機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者と共同してアセスメント、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ますか。 | □ | □ | □ |
|  | 上記の際、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行っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 「リハビリテーションを実施している医療提供施設」とは、診療報酬における疾患別のリハビリテーション料の届出を行っている病院若しくは診療所又は介護老人保健施設、介護療養型医療施設若しくは介護医療院ですか。 | □ | □ | □ |
|  | 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していますか。※個別機能訓練計画に相当する内容を通所介護計画の中に記載する場合はその記載をもって個別機能訓練計画の作成に代えることができる。また、個別機能訓練加算を算定しているは、別に機能訓練計画の作成は必要としない。 | □ | □ | □ |
|  | 目標については、利用者又はその家族の意向及び利用者を担当する介護支援専門員の意見も踏まえ策定することとし、利用者の意欲の向上につながるよう、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い目標としていますか。 | □ | □ | □ |
|  | ロ　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ますか。 | □ | □ | □ |
|  | ハ　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歩状況等を三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歩状況等を説明し、必要に応じて訓練内容の見直し等を行っていますか。※その内容を記録していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 各月における評価内容や目標の達成度合いについて、機能訓練指導員等が利用者又はその家族及び理学療法士等に報告･相談し、必要に応じて当該利用者又はその家族の意向を確認の上、理学療法士等から必要な助言を得た上で、利用者のADL（寝返り、起き上がり、移乗、歩行、着衣、入浴、排泄等）、及びIADL（調理、掃除、買物、金銭管理、服薬状況等）の改善状況を踏まえた目標の見直しや訓練内容の変更など適切な対応を行っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 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、常に事業所の機能訓練指導員等により閲覧が可能ですか。 | □ | □ | □ |
| 12　個別機能訓練加算★枚方市に届出が必要 | 下記の要件を満たし、利用者に対して、個別機能訓練計画に基づき、計画的に機能訓練を行っている場合、１日につき次に掲げる単位数を加算してますか。 | □ | □ | □ |
|  | ・個別機能訓練加算（Ⅰ）　　46単位 | □ | □ | □ |
|  | 個別機能訓練加算（Ⅰ）は身体機能への働きかけを中心に行っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | ・個別機能訓練加算（Ⅱ）　　56単位 | □ | □ | □ |
|  | 個別機能訓練加算（Ⅱ）はADL（食事、排泄、入浴等）や IADL（調理、洗濯、掃除等）などの活動への働きかけや、役割の創出や社会参加の実現といった参加への働きかけを行い、心身機能、活動、参加といった生活機能にバランスよく働きかけるものとなっていますか。 | □ | □ | □ |
|  | それぞれ加算の目的・趣旨が異なることから、それぞれの個別機能訓練計画に基づいた適切な訓練を実施していますか。※　それぞれの加算の目的・趣旨に沿った目標設定や実施内容等の項目等については、別の通知「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」（平成27年３月27日老振発0327第２号）によるものとすること。 | □ | □ | □ |
| 個別機能訓練加算（Ⅰ） | ①　指定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、あん摩マッサージ師はり師、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、柔道整復師、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六月以上機能訓練指導に従事した経験を有する者に限る））を１）を１名以上配置していますか。※　当該理学療法士等を配置している指定地域密着型通所介護の単位の利用者に対して行うものである。 | □ | □ | □ |
|  | 常勤の理学療法士等を配置していない日に非常勤の理学療法士等を配置している場合は、当該加算を算定していませんか。例）１週間のうち月曜日から金曜日は常勤の理学療法士等が配置され、それ以外の曜日に非常勤の理学療法士等を配置している場合。※　個別機能訓練加算（Ⅱ）の要件に該当している場合は（Ⅱ）の算定となる。 | □ | □ | □ |
|  | 当該理学療法士等を配置する曜日をあらかじめ定め、利用者や居宅介護支援事業者に周知していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 地域密着型通所介護事業所の看護職員が当該加算に係る機能訓練指導員の職務に従事する場合、当該職務の時間は、地域密着型通所介護における看護職員としての人員基準に含めていませんか。※　当該加算を算定する場合、地域密着型通所介護事業所の機能訓練指導員と看護職員の兼務は不可。 | □ | □ | □ |
|  | 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ますか。 | □ | □ | □ |
|  | 機能訓練指導等が、利用者の生活意欲が増進されるよう利用者の選択を援助し、利用者が選択した項目ごとにグループに分かれて活動することで、心身の状況に応じた機能訓練を適切に提供していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 機能訓練指導員等は、利用者の心身の状況を勘案し、項目の選択について必要な援助を行っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | ③　機能訓練指導員等（機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者）が共同して、利用者ごとにその目標、実施時間、実施方法等を内容とする個別機能訓練計画を作成していますか。※　共同して作成したことがわかるよう記録していますか。※　個別機能訓練計画に相当する内容を地域密着型通所介護計画の中に記載する場合は、その記載をもって個別機能訓練計画の作成に代えることができる。 | □ | □ | □ |
|  | 当該計画に基づき、計画的に機能訓練を行っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 当該計画に基づいて行った個別機能訓練の効果、実施時間、実施方法等について評価等を行っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 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となっていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 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ますか。※　利用者宅を訪問した際の記録を残していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 利用者宅を訪問し、利用者の居宅での生活状況を確認した上で、利用者又はその家族に対して個別機能訓練計画の内容（評価を含む。）や進捗状況等を説明し、記録するとともに訓練内容の見直し等を行っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 評価内容や目標の達成度合いについて、当該利用者を担当する介護支援専門員等に適宜報告・相談し、必要に応じて利用者又は家族の意向を確認の上、当該利用者のADL及びIADLの改善状況を踏まえた目標の見直しや訓練内容の変更など適切な対応を行っていますか。 | □ | □ | □ |
| 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名以上配置していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 特定の曜日だけ理学療法士等を配置している場合は、その曜日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にのみ算定していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 当該理学療法士等を配置する曜日をあらかじめ定め、利用者や居宅介護支援事業者に周知していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 指定地域密着型通所介護事業所の看護職員が当該加算に係る機能訓練指導員の職務に従事する場合、当該職務の時間は、通所介護における看護職員としての人員基準に含めていませんか。※　当該加算を算定する場合、地域密着型通所介護事業所の機能訓練指導員と看護職員の兼務は不可。 | □ | □ | □ |
|  | 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にその目標、実施時間、実施方法等を内容とし、心身の状況を重視した個別機能訓練計画を作成していますか。※　共同して作成したことがわかるよう記録していますか。※　個別機能訓練計画に相当する内容を地域密着型通所介護計画の中に記載する場合は、その記載をもって個別機能訓練計画の作成に代えることができる。 | □ | □ | □ |
|  | 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ますか。 | □ | □ | □ |
|  | 適切なアセスメントを経て利用者のADL及びIADLの状況を把握し、日常生活における生活機能の維持・向上に関する目標（１人で入浴ができるようになりたい等）を設定のうえ、当該目標を達成するための訓練を実施していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 当該目標については、利用者又は家族の意向及び利用者を担当する介護支援専門員の意見も踏まえて策定し、当該利用者の意欲の向上につながるよう、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い目標としていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 当該加算に係る機能訓練は、身体機能そのものの回復を主たる目的とする訓練ではなく、残存する身体機能を活用して生活機能の維持・向上を図り、利用者が居宅において可能な限り自立して暮らし続けることを目的として実施していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 当該加算に係る機能訓練は、類似の目標を持ち同様の訓練内容が設定された５人程度以下の小集団（個別対応含む）に対して機能訓練指導員が直接行うこととし、必要に応じて事業所内外の設備等を用いた実践的かつ反復的な訓練としていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 実施時間については、個別機能訓練計画に定めた訓練内容の実施に必要な１回あたりの訓練時間を考慮し適切に設定していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 生活機能の維持・向上のための訓練を効果的に実施するためには、計画的・継続的に行う必要があることから、概ね週１回以上実施することを目安としていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 当該計画に基づいて行った個別機能訓練の効果、実施時間、実施方法等について評価等を行っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 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となっていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 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ますか。※　利用者宅を訪問した際の記録を残していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 利用者宅を訪問し、利用者の居宅での生活状況を確認した上で、利用者又はその家族に対して個別機能訓練計画の内容（評価を含む。）や進捗状況等を説明し、記録するとともに訓練内容の見直し等を行っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 評価内容や目標の達成度合いについて、当該利用者を担当する介護支援専門員等に適宜報告・相談し、必要に応じて利用者又は家族の意向を確認の上、当該利用者のADL及びIADLの改善状況を踏まえた目標の見直しや訓練内容の変更など適切な対応を行っていますか。 | □ | □ | □ |
| （Ⅰ）及び（Ⅱ）を同一日に算定している場合の取扱いについて | 個別機能訓練指導員（Ⅰ）に係る常勤専従の機能訓練指導員とは別に、個別機能訓練加算（Ⅱ）に係る機能訓練指導員を配置していますか。※　個別機能訓練加算（Ⅰ）に係る常勤専従の機能訓練指導員は、個別機能訓練加算（Ⅱ）に係る機能訓練指導員として従事できない。 | □ | □ | □ |
| 13　ADL維持等加算　★枚方市に届出が必要 | 下記の要件を満たし、評価対象期間の満了日の属する年度の次の年度内に限り１月につき次の単位数を所定単位数に加算していますか。 |  |
|  | ADL維持等加算（Ⅰ）　3単位次に①～⑤に掲げる基準のいずれにも該当していますか。 | □ | □ | □ |
|  | ADL維持等加算（Ⅰ）　3単位次に①～⑥に掲げる基準のいずれにも該当していますか。 | □ | □ | □ |
|  | ①　利用者（当該通所介護事業所を連続して６月以上利用し、かつ、その期間において、５時間以上の地域密着型通所介護費の算定回数が５時間未満の地域密着型通所介護費の算定回数を上回る者）の総数が20人以上であるか。 | □ | □ | □ |
|  | ②　利用者の総数のうち、評価対象利用者期間の初月において、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15以上ですか。※複数の評価対象利用期間の初月が存在する場合は、複数の評価対象利用期間の初月のうち最も早い月とする。 | □ | □ | □ |
|  | ③　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以下ですか。 | □ | □ | □ |
|  | ④　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の占める割合が100分の90以上であるか。* ADL値の提出は、サービス本体報酬の介護給付費明細書の給付費明細欄の摘要欄に記載することで行う。
 | □ | □ | □ |
|  | ⑤　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値が控除して得た値（ADL利得）が多い順に、提出した者の総数の上位100分の85に相当する数（１未満の端数が生じたときは、切り上げる）の利用について、次のア～ウまでに掲げる利用者の区分に応じ、当該ア～ウまでに定める値を合計して得た値が０以上ですか。 | □ | □ | □ |
|  | ア　ADL利得が零より大きい利用者　　１ |  |
|  | イ　ADL利得が零の利用者　　０ |
|  | ウ　ADL利得が零未満の利用者　　－１ |
|  | ADLの評価はBarthel Indexを用いて行っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | ⑥　当該指定地域密着型通所介護事事業所の利用者について、算定日が属する月に利用者のADL値を測定し、その結果を厚生労働省に提出していますか。* ADL値の提出は、ADL維持等加算（Ⅱ）の介護給付費明細書の給付費明細欄の摘要欄に記載することで行う。当該提出の月の属する年の１月から１２月までが評価対象期間となる際は、④の提出を兼ねることができる。
 | □ | □ | □ |
|  | 平成30年度については、平成29年１月から12月までの評価対象期間について、①～⑤の基準を満たすことを示す書類を保存していますか。* ④の厚生労働大臣への提出を除く
 | □ | □ | □ |
|  | 平成31年度以降に加算を算定する場合、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月までの間に、上記基準を満たしているものとして届け出ている場合には、届出の日から同年12月までの期間を評価対象期間としていますか。 | □ | □ | □ |
| 14　認知症加算　★枚方市に届出が必要 | 下記の要件を満たし、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（日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はＭに該当する者）に対して指定地域密着型通所介護を行った場合、１日につき60単位を所定単位数に加算していますか。 | □ | □ | □ |
|  | ①　基準に規定す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以上確保していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 常勤換算方法による職員数の算定方法は、暦月ごとの看護職員又は介護職員の勤務延時間数を、当該事業所において常勤の職員が勤務すべき時間数で除して得た数の小数点第２位以下を切り捨てた数としていますか。 | □ | □ | □ |
|  | サービス提供時間前後の延長加算を算定する際に配置する看護職員又は介護職員の勤務時間数は含めていませんか。 | □ | □ | □ |
|  | ②　指定地域密着型通所介護事業所における前年度又は算定日が属する月の前３月間の利用者の総数のうち、日常生活に支障を来すおそれのある症状又は行動が認められることから介護を必要とする認知症の者（日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はＭに該当する者）の占める割合が100分の20以上ですか。※　前年度の実績が６月に満たない事業所（新たに事業を開始し、又は再開した事業所を含む。）については、前年度の実績による加算の届出はできない。 | □ | □ | □ |
|  | 日常生活自立語のランクⅢ、Ⅳ又はＭに該当する者の割合については、利用者実人員数又は利用延人員数を用いていますか。※　要支援者に関しては人員数に含めない。※　サービス担当者会議等を通じて日常生活自立度も含めて情報共有すること。 | □ | □ | □ |
|  | 前３月の実績により届出を行った事業所については、届出を行った月以降においても、直近３月間の利用者の割合が毎月継続的に所定の割合が維持されていますか。 | □ | □ | □ |
|  | その割合について、毎月ごとに記録していますか。※　所定の割合を下回った場合は、直ちに加算の取り下げを行うこと。 | □ | □ | □ |
|  | ③　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（認知症介護指導者研修）、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）、認知症介護に係る実践的な研修（認知症介護実践者研修）等を修了したものを１名以上配置していますか。※　旧痴呆介護実務者研修の基礎課程及び専門課程の修了者も該当。研修名　　　　　　　　　　　　　　　　受講者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　研修修了年月日　　　　　年　　　　月　　　　日※　介護職員以外の職種（管理者、生活相談員、看護職員等）の者でも時間帯を通じて指定地域密着型通所介護事業所に従事している必要がある。 | □ | □ | □ |
|  | 当該研修修了者は他の加算の要件の職員と兼務していないか。 | □ | □ | □ |
|  | 当該研修修了者の配置があった日のみ算定していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はＭに該当する者にのみ算定していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 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していますか。※　利用者の認知症の症状の進行の緩和に資するケアを行うなどの目標を地域密着型通所介護計画又は別途作成する計画に設定し、地域密着型通所介護の提供を行うことが必要である。 | □ | □ | □ |
| 15　若年性認知症利用者受入加算　★枚方市に届出が必要【予防も同様】 | 若年性認知症利用者（初老期における認知症によって要介護者となった40歳以上65歳未満の者）に対して、指定地域密着型通所介護を行った場合、１日につき60単位を算定していますか。 | □ | □ | □ |
| 受け入れた若年性認知症利用者ごとに個別に担当者を定め、その者を中心に、当該利用者の特性やニーズに応じたサービス提供を行っていますか。 | □ | □ | □ |
| 認知症加算を算定している場合、当該加算を算定していませんか。 | □ | □ | □ |
| 16　栄養改善加算　★枚方市に届出が必要【予防も同様】 | 下記の要件を満たし、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、栄養改善サービス（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）を行った場合、３月以内の期間に限り１月に２回を限度として１回につき150単位を算定していますか。 | □ | □ | □ |
|  | ①　当該事業所従業員として又は外部との連携により管理栄養士を１名以上配置していますか。 | □ | □ | □ |
|  | ②　利用者の栄養状態を利用開始時に把握し、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）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ますか。 | □ | □ | □ |
|  | ③　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ますか。※　サービス提供記録において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する場合は、当該記録とは別に栄養改善加算の算定のために利用者の栄養状態を定期的に記録する必要はない。 | □ | □ | □ |
|  | ④　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ますか。 | □ | □ | □ |
|  | ⑤　定員超過・人員基準欠如に該当していませんか。 | □ | □ | □ |
|  | 栄養改善サービスの提供は、利用者ごとに行われるケアマネジメントの一環として行われていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 栄養改善加算を算定できる利用者は、次のイ～ホのいずれかに該当する者であって、栄養改善サービスの提供が必要と認められる者となっていますか。 | □ | □ | □ |
|  | イ　BMIが18.5未満である者 |
|  | ロ　１～６月間で３％以上の体重の減少が認められる者又は「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号厚生労働省老健局長通知）に規定する基本チェックリストのNo.(11)の項目が「１」に該当する者 |
|  | ハ　血清アルブミン値が3.5g/dl以下である者 |
|  | ニ　食事摂取量が不良（75％以下）である者 |
|  | ホ　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 |
|  | なお、次のような問題を有する者について、上記イ～ホのいずれかの項目に該当するかどうか適宜確認すること。・口腔及び摂食・嚥下機能の問題（基本チェックリストの口腔機能に関する(13)、(14)、(15)のいずれかの項目において「１」に該当する者などを含む。）・生活機能の低下の問題・褥瘡に関する問題・食欲の低下の問題・閉じこもりの問題（基本チェックリストの閉じこもりに関する(16)、(17)のいずれかの項目において「１」に該当する者などを含む。）・認知症の問題（基本チェックリストの認知症に関連する(18)、(19)、(20)のいずれかの項目において「１」に該当する者などを含む。）・うつの問題（基本チェックリストのうつに関連する(21)～(25)の項目において、２項目以上「１」に該当する者などを含む。） | □ | □ | □ |
|  | 栄養改善サービスの提供は、下記の手順を経てなされていますか。 |  |
|  | 利用者ごとの低栄養状態のリスクを、利用開始時に把握していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 利用開始時に、管理栄養士が中心となって、利用者ごとの栄養アセスメント（摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮しつつ、栄養状態に関する解決すべき課題の把握）を行い、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が共同して、栄養食事相談に関する事項（食事に関する内容の説明等）、解決すべき栄養管理上の課題等に対し取り組むべき事項等を記載した栄養ケア計画を作成していますか。※　栄養ケア計画に相当する内容を地域密着型通所介護計画の中に記載する場合は、その記載をもって栄養ケア計画の作成に代えることができる。 | □ | □ | □ |
|  | 作成した栄養ケア計画については、栄養改善サービスの対象となる利用者又はその家族に説明し、その同意を得ていますか | □ | □ | □ |
|  | 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していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 栄養ケア計画に実施上の問題点があれば直ちに当該計画を修正していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 利用者の栄養状態に応じて、定期的に、利用者の生活機能の状況を検討し、おおむね３月ごとに体重を測定する等により栄養状態の評価を行い、その結果について、当該利用者を担当する介護支援専門員や主治の医師に対して情報提供していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 継続的に栄養改善サービスを提供する場合は、おおむね３月ごとの評価の結果、イ～ホに該当し、継続的に管理栄養士等がサービス提供行うことにより、栄養改善の効果が期待できると認められものとしていますか。 | □ | □ | □ |
| 17　栄養スクリーニング加算【予防も同様】 | 指定地域密着型通所介護事業所の従業者が、利用開始月及び利用中６月ごとに利用者の栄養常状態について確認を行い、当該利用者の栄養状態に関する情報（当該利用者が低栄養状態の場合にあっては、低栄養状態の改善に必要な情報を含む）を当該利用者を担当する介護支援専門員に提供した場合に、１回につき５単位を所定単位数に加算していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 栄養スクリーニングの算定に係る栄養状態に関するスクリーニングは、利用者ごとに行われるケアマネジメントの一環として行われていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 栄養スクリーニング加算の算定に当たっては利用者について、次に掲げるイ～二に関する確認を行い、確認した情報を介護支援専門員に対し、提供していますか。 | □ | □ | □ |
|  | イ　BMIが18.5未満である者 |  |
|  | ロ　１～６月間で３％以上の体重の減少が認められる者又は「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№11の項目が「１」に該当する者 |
|  | ハ　血清アルブミン値が3.5g/dl以下である者 |
|  | ニ　食事摂取量が不良（75％以下）である者 |
|  | 栄養スクリーニング加算の算定を行う事業所については、サービス担当者会議で決定することとし、原則として、当該事業所が当該加算に基づく栄養スクリーニングを継続的に実施していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 栄養スクリーニング加算の算定月でも栄養改善加算を算定する場合は、栄養スクリーニング加算に基づく栄養スクリーニングの結果、栄養改善加算に係る栄養改善サービスの提供が必要と判断された場合としていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 下記の場合には、算定していませんか。 | □ | □ | □ |
|  | 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 |  |
|  | 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 |
| 18　口腔機能向上加算　★枚方市に届出が必要【予防も同様】 | 下記の要件を満たし、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、口腔機能向上サービス（当該利用者の口腔機能の向上を目的として、個別的に実施される口腔清掃の指導若しくは実施又は摂食・嚥下機能に関する訓練の指導若しくは実施であって、利用者の心身の状況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、３月以内の期間に限り１月に２回を限度として１回につき150単位を算定していますか。 | □ | □ | □ |
|  | ①　言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員を１名以上配置していますか。 | □ | □ | □ |
|  | ②　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ますか。 | □ | □ | □ |
|  | ③　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ますか。※　サービス提供記録において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利用者の口腔機能を定期的に記録する場合は、当該記録とは別に口腔機能向上加算の算定のために利用者の口腔機能を定期的に記録する必要はない。 | □ | □ | □ |
|  | ④　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ますか。 | □ | □ | □ |
|  | ⑤　定員超過・人員基準欠如に該当していませんか。 | □ | □ | □ |
|  | 口腔機能向上サービスの提供は、利用者ごとに行われるケアマネジメントの一環として行われていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 口腔機能向上加算を算定できる利用者は、次のイ～ハのいずれかに該当する者であって、口腔機能向上サービスの提供が必要と認められる者となっていますか。 |  |
|  | 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」以外に該当する者 | □ | □ | □ |
|  | ロ　基本チェックリストの口腔機能に関連する(13)、(14)、(15)の３項目のうち、２項目以上が「１」に該当する者 | □ | □ | □ |
|  | 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 | □ | □ | □ |
|  | 利用者の口腔の状態によって、医療における対応を要する場合も想定されることから、必要に応じて、介護支援専門員を通して主治医又は主治の歯科医師への情報提供、受診勧奨などの適切な措置を講じていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 歯科医療を受診している場合であって、次のいずれかに該当する場合にあっては当該加算を算定していませんか。・　医療保険において歯科診療報酬点数表に掲げる摂食機能療法を算定している場合・　医療保険において歯科診療報酬点数表に掲げる摂食機能療法を算定していない場合であって、介護保険の口腔機能向上サービスとして「摂食・嚥下機能に関する訓練の｢指導若しくは実施」を行っていない場合 | □ | □ | □ |
|  | 口腔機能向上サービスの提供は、下記の手順を経てなされていますか。 |  |
|  | 利用者ごとの口腔機能を、利用開始時に把握していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 利用開始時に、言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員が中心となって、利用者ごとの口腔衛生、摂食・嚥下機能に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、取り組むべき事項等を記載した口腔機能改善管理指導計画を作成していますか。※　口腔機能改善管理指導計画に相当する内容を通所介護計画の中に記載する場合は、その記載をもって口腔機能改善管理指導計画の作成に代えることができる。 | □ | □ | □ |
|  | 作成した口腔機能改善管理指導計画については、口腔機能向上サービスの対象となる利用者又はその家族に説明し、その同意を得ていますか | □ | □ | □ |
|  | 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等が利用者ごとに口腔機能向上サービスを提供していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 口腔機能改善管理指導計画に実施上の問題点があれば直ちに当該計画を修正していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 利用者の口腔状態に応じて、定期的に、利用者の生活機能の状況を検討し、おおむね３月ごとに口腔機能の状態の評価を行い、その結果について、当該利用者を担当する介護支援専門員や主治の医師、主治の歯科医師に対して情報提供していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 継続的に口腔機能向上サービスを提供する場合は、おおむね３月ごとの口腔機能の評価の結果、下記のいずれかに該当する者であって、継続的に言語聴覚士、歯科衛生士、又は看護職員等がサービス提供を行うことにより、口腔機能の向上又は維持の効果が期待できると認められるものとしていますか。 | □ | □ | □ |
|  | ・口腔清潔・唾液分泌・咀嚼・嚥下・食事摂取等の口腔機能の低下が認められる状態の者 |  |  |  |
|  | ・当該サービスを継続しないことにより口腔機能が低下するおそれがある者 |  |  |  |
| 19　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、１日につき94単位を減算していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 同一建物とは、当該指定地域密着型通所介護事業所と構造上又は外形上、一体的な建築物を指すものであり、具体的には、当該建物の１階部分に指定地域密着型通所介護事業所がある場合や、当該建物と渡り廊下等で繋がっている場合、また、当該建築物の管理、運営法人が当該指定地域密着型通所介護事業所の指定地域密着型通所介護事業者と異なる場合であっても該当する。※　同一敷地内にある別棟の建築物や道路を挟んで隣接する場合は該当しない。 |  |
| やむを得ない事情により送迎を行う場合の取扱いについて | 傷病により一時的に送迎が必要であると認められる利用者その他やむを得ない事情により送迎が必要と認められる利用者に対して送迎を行った場合は、例外的に減算対象とならない。例）傷病により一時的に歩行困難となった者又は歩行困難な要介護者であって、かつ建物の構造上自力での通所が困難である者に対し、２人以上の従業者が、当該利用者の居住する場所と当該指定地域密着型通所介護事業所の間の往復の移動を介助した場合に限られる。 |  |
|  | 送迎を必要とする理由や、移動介助の方法及び期間について、介護支援専門員とサービス担当者会議等で慎重に検討し、その内容及び結果について地域密着型通所介護計画に記載していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 移動介助者及び移動介助時の利用者の様子等について記録していますか。 | □ | □ | □ |
| 20　送迎を行わない場合の減算 | 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、片道につき47単位を減算していますか。※　職員が徒歩で送迎を行った利用者又は同一建物減算の対象となっている利用者は、当該減算の対象とならない。 | □ | □ | □ |
| 21　サービス提供体制強化加算　★枚方市に届出が必要【予防も同様】 | 下記の要件を満たし、利用者に対し指定地域密着型通所介護を行った場合、該当する区分に従い、次に掲げる所定単位数を加算していますか。※　いずれかの区分でのみ算定可。※　予防通所事業を一体的に行っている場合においては、一体的に計算を行うこと。 |  |
|  | 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないか。 | □ | □ | □ |
|  | サービス提供体制強化加算（Ⅰ）イ　　要介護　　　 18単位／回　　　　　　　　　　　　　　　　　　要支援１　　 72単位／月　　　　　　　　　　　　　　　　　　要支援２　　144単位／月指定地域密着型通所介護事業所の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の50以上であるか。※　職員の割合の算出に当たっては下記参照。 | □ | □ | □ |
|  | 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していますか。 | □ | □ | □ |
|  | サービス提供体制強化加算（Ⅰ）ロ　　要介護　　　 12単位／回　　　　　　　　　　　　　　　　　　要支援１　 　48単位／月　　　　　　　　　　　　　　　　　　要支援２　 　96単位／月指定地域密着型通所介護事業所の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の40以上であるか。※　職員の割合の算出に当たっては下記参照。 | □ | □ | □ |
|  | 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していますか。 | □ | □ | □ |
|  | サービス提供体制強化加算（Ⅱ）　　　要介護　　　 6単位／回要支援１　　24単位／月要支援２　　48単位／月サービス提供体制強化加算（Ⅲ）　　　6単位　※指定療養通所介護の場合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。※　職員の割合の算出に当たっては下記参照。※　直接提供する職員とは、生活相談員、看護職員、介護職員又は機能訓練指導員として勤務を行う職員を指す。 | □ | □ | □ |
|  | 各月の前月の末日時点における勤続年数としていますか。※　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。 | □ | □ | □ |
| 職員の割合の算出について | 常勤換算方法により算出した前年度（３月を除く。）の平均を用いていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 前年度の実績が６月に満たない事業所（新たに事業を開始し、又は再開した事業所を含む。）については、届出日の属する月の前３月について、常勤換算方法により算出した平均を用いていますか。※　新たに事業を開始し、又は再開した事業者については、４月目以降届出が可能。 | □ | □ | □ |
|  | 前３月の実績により届出を行った事業所については、届出を行った月以降においても、直近３月間の利用者の割合が毎月継続的に所定の割合が維持されていますか。 | □ | □ | □ |
|  | その割合について、毎月ごとに記録していますか。※　所定の割合を下回った場合は、直ちに加算の取り下げを行うこと。 | □ | □ | □ |
| 22　介護職員処遇改善加算　★枚方市に届出が必要【予防も同様】 | 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)　1000分の59に相当する単位数を加算していますか。【下の基準①から⑦⑨いずれにも適合する場合】 | □ | □ | □ |
| 介護職員処遇改善加算(Ⅱ)　1000分の43に相当する単位数を加算していますか。【下の基準①から⑥⑧⑨いずれにも適合する場合】 | □ | □ | □ |
|  | 介護職員処遇改善加算(Ⅲ)　1000分の23に相当する単位数を加算していますか。【下の基準①から⑥かつ⑩⑪いずれにも適合する場合】 | □ | □ | □ |
|  | 介護職員処遇改善加算(Ⅳ)　 (Ⅲ)により算定した単位数の100分の90に相当する単位数を加算していますか。【下の基準①から⑥かつ⑩又は⑪に掲げる基準に適合する場合】 | □ | □ | □ |
|  | 介護職員処遇改善加算(Ⅴ)　 (Ⅲ)により算定した単位数の100分の80に相当する単位数を加算していますか。【下の基準①から⑥に掲げる基準に適合する場合】 | □ | □ | □ |
|  | 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ますか。 | □ | □ | □ |
|  | ②　当該指定地域密着型通所介護事業所において、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、所轄庁に届けていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 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ますか。 | □ | □ | □ |
|  | ④　当該指定地域密着型通所介護事業所において、事業年度ごとに介護職員の処遇改善に関する実績を所轄庁に報告していますか。 | □ | □ | □ |
|  | ⑤　算定日が属する月の前12か月間において、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ませんか。 | □ | □ | □ |
|  | ⑥　当該指定地域密着型通所介護事業所において、労働保険料の納付が適正に行われていますか。 | □ | □ | □ |
|  | ⑦　次のいずれにも適合していますか。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（介護職員の賃金に関することを含む。）を定めていること。 | □ | □ | □ |
|  | 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こと。 | □ | □ | □ |
|  | c）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こと。 | □ | □ | □ |
|  | d)cの要件について全ての介護職員に周知していること。 | □ | □ | □ |
|  | e）介護職員について、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定する仕組みを設けていること。 | □ | □ | □ |
|  | f）e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こと。 | □ | □ | □ |
|  | ⑧　次のいずれにも適合していますか。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（介護職員の賃金に関することを含む。）を定めていること。 | □ | □ | □ |
|  | 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こと。 | □ | □ | □ |
|  | c）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こと。 | □ | □ | □ |
|  | d)　cの要件について全ての介護職員に周知していること。 | □ | □ | □ |
|  | ⑨　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職員に周知していますか。 | □ | □ | □ |
|  | ⑩　次のⅰ・ⅱのいずれかの基準に適合していますか。ⅰ）次に掲げる要件の全てに適合すること。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（賃金に関することを含む。）を定めていること。 | □ | □ | □ |
|  | 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こと。 | □ | □ | □ |
|  | ⅱ）次に掲げる要件の全てに適合すること。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こと。 | □ | □ | □ |
|  | b)　aの要件について全ての介護職員に周知していること。 | □ | □ | □ |
|  | ⑪　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職員に周知していますか。 | □ | □ | □ |
| 23　介護職員等特定処遇改善加算　★枚方市に届出が必要【予防も同様】 | 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)　1000分の12に相当する単位数を加算していますか。【下の基準①から⑫いずれにも適合】 | □ | □ | □ |
| 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)　1000分の10に相当する単位数を加算していますか。【下の基準①から⑫（⑨を除く）いずれにも適合】 | □ | □ | □ |
|  | ①　介護職員その他の職員の賃金改善について、賃金改善に要する費用の見込額が介護職員等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ますか。 | □ | □ | □ |
|  | ②　介護福祉士であって、経験及び技能を有する介護職員と認められる者（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440万円以上ですか。ただし、介護職員等特定処遇改善加算の算定見込額が少額であることその他の理由により、当該賃金改善が困難である場合はこの限りでない。 | □ | □ | □ |
|  | ③　経験技能の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倍以上ですか。 | □ | □ | □ |
|  | ④　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２倍以上ですか。ただし、介護職員以外の職員の平均賃金額が介護職員（経験・技能のある介護職員を除く）の平均賃金額を上回らない場合はその限りではない。 | □ | □ | □ |
|  | ⑤　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ませんか。 | □ | □ | □ |
|  | ⑥　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を作成し、全ての職員に周知し、所轄庁に届け出ていますか。 | □ | □ | □ |
|  | ⑦　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ますか。 | □ | □ | □ |
|  | ⑧　事業年度ごとに当該事業所の職員の処遇改善加算に関する実績を所轄庁に報告していますか。 | □ | □ | □ |
|  | ⑨　サービス提供体制強化加算（Ⅰ）イを算定していますか。 | □ | □ | □ |
|  | ⑩　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ますか。 | □ | □ | □ |

Ⅵ－２（予防給付費関係－予防通所事業費）

| 項　　目 | 内容 | できている | できていない | 該当なし |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| １　介護給付費単位 | 次に掲げる区分に応じ、１月につき所定の単位数で算定していますか。①　介護予防通所サービス費(Ⅰ)　　介護予防サービス計画等において１週に１回程度のサービスが必要とされた要支援１認定者又は要支援２認定者　②　介護予防通所サービス費(Ⅱ)　　介護予防サービス計画等において１週に２回程度のサービスが必要とされた要支援２認定者 | □ | □ | □ |
| ２　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 | 指定予防通所事業所と同一建物に居住する者又は指定予防通所事業所と同一建物から当該予防通所事業所に通う者に対し、指定予防通所事業を行った場合は、所定単位数を減算していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 同一建物とは、当該予防通所事業所と構造上又は外形上、一体的な建築物を指すものであり、具体的には、当該建物の１階部分に指定予防通所事業所がある場合や、当該建物と渡り廊下等で繋がっている場合、また、当該建築物の管理、運営法人が当該指定予防通所事業所の指定予防通所事業者と異なる場合であっても該当する。※　同一敷地内にある別棟の建築物や道路を挟んで隣接する場合は該当しない。 |  |
|  | 同一建物でない自宅から予防通所事業所へ通い、同一建物に宿泊する場合、減算の対象とならないが、同一建物に宿泊した者が予防通所事業所へ通い、同一建物でない自宅に帰る場合は減算の対象となる。 |  |
| やむを得ない事情により送迎を行う場合の取扱いについて | 傷病により一時的に送迎が必要であると認められる利用者その他やむを得ない事情により送迎が必要と認められる利用者に対して１月を通じて当該サービスを提供する日ごとに送迎を行った場合は、例外的に減算対象とならない。例）傷病により一時的に歩行困難となった者又は歩行困難な要支援者であって、かつ建物の構造上自力での通所が困難である者に対し、２人以上の従業者が、当該利用者の居住する場所と当該指定予防通所事業所の間の往復の移動を介助した場合に限られる。 |  |
|  | 送迎を必要とする理由や、移動介助の方法及び期間について、介護支援専門員とサービス担当者会議等で慎重に検討し、その内容及び結果について通所型サービス個別計画に記載していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 移動介助者及び移動介助時の利用者の様子等について記録していますか。 | □ | □ | □ |
| ３　生活機能向上グループ活動加算　★枚方市に届出が必要 | 下記の要件を満たし、生活機能向上グループ活動サービス（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の支援のための活動）を行った場合、１日につき100単位を算定していますか。※　集団的に行われるレクリエーションや創作活動等の機能訓練の実施では当該加算は算定できない。 | □ | □ | □ |
|  | 同月中に利用者に対し、運動器機能向上加算、栄養改善加算、口腔機能向上加算、選択的サービス複数実施加算のいずれかを算定している場合は当該加算を算定していませんか。 | □ | □ | □ |
|  | ①　生活相談員、看護職員、介護職員、機能訓練指導員その他指定予防通所事業所の予防通所事業従業者が共同して、利用者ごとに生活機能の向上の目標を設定した通所型サービス個別計画を作成していますか。 | □ | □ | □ |
|  | ②　通所型サービス個別計画の作成及び実施において利用者の生活機能の向上に資するよう複数の種類の生活機能向上グループ活動サービスの項目を準備し、その項目の選択に当たっては、利用者の生活意欲が増進されるよう利用者を援助し、利用者の心身の状況に応じた生活機能向上グループ活動サービスが適切に提供されていますか。 | □ | □ | □ |
|  | ③　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回以上行っていますか。 | □ | □ | □ |
| 生活機能向上グループ活動の準備 | ア　利用者自らが日常生活上の課題に応じて活動を選択できるよう、次に掲げる活動項目を参考に、日常生活に直結した活動項目を複数準備し、時間割を組んでいますか。（活動項目の例）家事関連活動衣：洗濯機・アイロン・ミシン等の操作、衣服の手入れ（ボタンつけ等）等食：献立作り、買い出し、調理家電（電子レンジ、クッキングヒーター、電気ポット等）・調理器具（包丁、キッチン鋏、皮むき器等）の操作、調理（炊飯、総菜、行事食等）、パン作り等住：日曜大工、掃除道具（掃除機、モップ等）の操作、ガーデニング等通信・記録関連活動機器操作（携帯電話操作、パソコン操作等）、記録作成（家計簿、日記、健康ノート等） | □ | □ | □ |
|  | イ　一のグループの人数は６人以下となっていますか。 | □ | □ | □ |
| 利用者ごとの日常生活上の課題の把握と達成目標の設定 | 介護職員等（介護職員、生活相談員、看護職員、機能訓練指導員その他の職種の者）が生活機能向上グループ活動サービスを行うに当たっては、次のア～エまでに掲げる手順により行うものとし、ア～エまでの手順により得られた結果は通所型サービス個別計画に記録していますか。 | □ | □ | □ |
|  | ア　当該利用者が、(一)要支援状態に至った理由と経緯、(二)要支援状態となる直前の日常生活の自立の程度と家庭内での役割の内容、(三)要支援状態となった後に自立してできなくなったこと若しくは支障を感じるようになったこと、(四)現在の居宅における家事遂行の状況と家庭内での役割の内容、(五)近隣との交流の状況等について把握していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 把握に当たっては、当該利用者から聞き取るほか、家族や介護予防支援事業者等から必要な情報を得るよう努めていますか。 | □ | □ | □ |
|  | イ　アについて把握した上で、具体的な日常生活上の課題及び到達目標を当該利用者と共に設定していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 到達目標はおおむね３月程度で達成可能な目標とし、さらに段階的に目標を達成するためにおおむね１月程度で達成可能な目標（短期目標）を設定していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 到達目標及び短期目標については、当該利用者の介護予防ケアプラン等と整合性のとれた内容としていますか。 | □ | □ | □ |
|  | ウ　介護職員等は、当該利用者の同意を得た上で到達目標を達成するために適切な活動項目を設定していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 当該利用者の活動項目の選定に当たっては、生活意欲を引き出すなど、当該利用者が主体的に参加できるよう支援していますか。 | □ | □ | □ |
|  | エ　生活機能向上グループ活動の(一)実施時間は、利用者の状態や活動の内容を踏まえた適切な時間(二)実施頻度は、１週につき１回以上(三)実施期間はおおむね３月以内としていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 介護職員等は、(一)～(三)について当該利用者に説明し、同意を得ていますか。 | □ | □ | □ |
| 生活機能向上グループ活動の実施方法 | ア　介護職員等は、予め生活機能向上グループ活動に係る計画を作成し、当該活動項目の具体的な内容、進め方及び実施上の留意点等を明らかにしていますか。 | □ | □ | □ |
|  | イ　生活機能向上グループ活動は、一のグループごとに、当該生活機能向上グループ活動の実施時間を通じて１人以上の介護職員等を配置することとし、同じグループに属する利用者が相互に協力しながら、それぞれが有する能力を発揮できるよう適切な支援を行っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | ウ　介護職員等は、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ますか。 | □ | □ | □ |
|  | エ　利用者の短期目標に応じて、おおむね１月ごとに、利用者の当該短期目標の達成度と生活機能向上グループ活動における当該利用者の客観的な状況についてモニタリングを行うとともに、必要に応じて、生活機能向上グループ活動に係る計画の修正を行っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | オ　実施期間終了後、到達目標の達成状況及び(三)要支援状態となった後に自立してできなくなったこと若しくは支障を感じるようになったこと、(四)現在の居宅における家事遂行の状況と家庭内での役割の内容、(五)近隣との交流の状況等について確認していますか。 | □ | □ | □ |
|  | その結果、当該到達目標を達成している場合には、当該利用者に対する当該生活機能向上グループ活動を終了し、当該利用者を担当する介護予防支援事業者等に報告していますか。 | □ | □ | □ |
|  | その結果、当該到達目標を達成していない場合には、達成できなかった理由を明らかにするとともに、当該サービスの継続の必要性について当該利用者及び介護予防支援事業者等と検討していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 検討の上で、当該サービスを継続する場合は、適切に実施方法及び実施内容等を見直していますか。 | □ | □ | □ |
| ４　運動器機能向上加算　★枚方市に届出が必要 | 下記の要件を満たし、運動器機能向上サービス（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得るもの）を行った場合、１月につき225単位を算定していますか。※　運動器機能向上サービスを提供する目的は当該サービスを通じて要支援者ができる限り要介護状態にならず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であることに留意しつつ行うこと。 | □ | □ | □ |
|  | ①　専ら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、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師）を１名以上配置していますか。 | □ | □ | □ |
|  | ②　利用者の運動器の機能を利用開始時に把握し、理学療法士等、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して、運動器機能向上計画を作成していますか。※　運動器機能向上計画に相当する内容を通所型サービス個別計画の中に記載する場合は、その記載をもって運動器機能向上計画の作成に代えることができる。 | □ | □ | □ |
|  | ③　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とともに、利用者の運動器の機能を定期的に記録していますか。※　サービス提供記録において利用者ごとの運動器機能向上計画に従い、理学療法士等、経験のある介護職員その他の職員の者が、利用者の運動器の機能を定期的に記録する場合は、当該記録とは別に運動器機能向上加算の算定のために利用者の運動器の機能を定期的に記録する必要はない。 | □ | □ | □ |
|  | ④　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ますか。 | □ | □ | □ |
|  | ⑤　定員超過利用・人員基準欠如に該当していませんか。 | □ | □ | □ |
|  | 運動器機能向上サービスについては次のア～キまでに掲げるとおり実施すること |  |
|  | ア　利用者ごとに看護職員等の医療従事者による運動器機能向上サービスの実施に当たってのリスク評価、体力測定等を実施し、サービスの提供に際して考慮すべきリスク、利用者のニーズ及び運動器の機能の状況を利用開始時に把握していますか。 | □ | □ | □ |
|  | イ　理学療法士等が、暫定的に、利用者ごとのニーズを実現するためのおおむね３月程度で達成可能な目標(長期目標)及び長期目標を達成するためのおおむね１月程度で達成可能な目標(短期目標)を設定していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 長期目標及び短期目標については、介護予防支援事業者等において作成された当該利用者に係る介護予防ケアプラン等と整合が図れたものとなっていますか。 | □ | □ | □ |
|  | ウ　利用者に係る長期目標及び短期目標を踏まえ、理学療法士等、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、当該利用者ごとに、実施する運動の種類、実施期間、実施頻度、１回当たりの実施時期、実施形態等を記載した運動器機能向上計画を作成していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 実施期間については、運動の種類によって異なるものの、おおむね３月間程度としていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 作成した運動器機能向上計画については、運動器機能向上サービスの提供による効果、リスク、緊急時の対応等と併せて、当該運動器機能向上計画の対象となる利用者に分かりやすい形で説明し、その同意を得ていますか。 | □ | □ | □ |
|  | エ　運動器機能向上計画に基づき、利用者ごとに運動器機能向上サービスを提供していますか。※　提供する運動器機能向上サービスについては、国内外の文献等において介護予防の観点からの有効性が確認されている等の適切なものとすること。 | □ | □ | □ |
|  | 運動器機能向上計画に実施上の問題点(運動の種類の変更の必要性、実施頻度の変更の必要性等)があれば直ちに当該計画を修正していますか。 | □ | □ | □ |
|  | オ　利用者の短期目標に応じて、おおむね１月間ごとに、利用者の当該短期目標の達成度と客観的な運動器の機能の状況についてモニタリングを行っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | モニタリングを行うとともに必要に応じて、運動器機能向上計画の修正を行っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | カ　運動器機能向上計画に定める実施期間終了後に、利用者ごとに、長期目標の達成度及び運動器の機能の状況について、事後アセスメントを実施し、その結果を当該利用者に係る介護予防支援事業者等に報告していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 介護予防支援事業者等による当該報告も踏まえた介護予防ケアマネジメントの結果、運動器機能向上サービスの継続が必要であるとの判断がなされる場合については、前記ア～カまでの流れにより、継続的に運動器機能向上サービスを提供していますか。 | □ | □ | □ |
| ５　栄養改善加算　★枚方市に届出が必要 | 下記の要件を満たし、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、栄養改善サービス（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）を行った場合、１月につき150単位を算定していますか。※　栄養改善サービスを提供する目的は当該サービスを通じて要支援者ができる限り要介護状態に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であることに留意すること。 | □ | □ | □ |
|  | 加算基準に適合していますか。（Ⅵー１　14と共通　23ページ～参照）※　栄養改善加算の取扱いについては、通所介護における栄養改善加算と基本的に同様である。 | □ | □ | □ |
|  | 栄養ケア計画に定める栄養改善サービスをおおむね３月実施した時点で栄養状態改善状況について評価を行い、その結果について、当該要支援者に係る介護予防支援事業者等に報告していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 評価の結果、栄養状態に係る課題が解決され当該サービスを継続する必要性が認められない場合は当該サービスを終了していますか。 | □ | □ | □ |
| ６　口腔機能向上加算　★枚方市に届出が必要 | 下記の要件を満たし、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、口腔機能向上サービス（当該利用者の口腔機能の向上を目的として、個別的に実施される口腔清掃の指導若しくは実施又は摂食・嚥下機能に関する訓練の指導若しくは実施であって、利用者の心身の状況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、１月につき150単位を算定していますか。※　口腔機能向上サービスを提供する目的は当該サービスを通じて要支援者ができる限り要介護状態に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であることに留意すること。 | □ | □ | □ |
|  | 加算基準に適合していますか。（Ⅵー１　15と共通　24ページ～参照）※　口腔機能向上加算の取扱いについては、通所介護における口腔機能向上加算と基本的に同様である。 | □ | □ | □ |
|  | 口腔機能改善管理指導計画に定める口腔機能向上サービスをおおむね３月実施した時点で口腔機能の状態の評価を行い、その結果を当該要支援者に係る介護予防支援事業者等に報告していますか。 | □ | □ | □ |
|  | 評価の結果、口腔機能向上に係る課題が解決され当該サービスを継続する必要性が認められない場合は当該サービスを終了していますか。 | □ | □ | □ |
| ７　選択的サービス複数実施加算　★枚方市に届出が必要 | 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、加算区分に従い算定していますか。※　選択的サービスのうち複数のサービスを組み合わせて実施することにより、要支援者の心身機能の改善効果を高め、介護予防に資するサービスを効果的に提供することを目的とするものである、※　（Ⅰ）又は（Ⅱ）、どちらかの区分でのみ算定可。 | □ | □ | □ |
|  | 選択的サービス複数実施加算（Ⅰ）　480単位／月下記、①～③すべてを満たしていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 選択的サービス複数実施加算（Ⅱ）　700単位／月下記、②～④すべてを満たしていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 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る場合は当該加算を算定していないか。 | □ | □ | □ |
|  | ①　選択的サービス（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、２種類のサービスを実施していますか。※　各選択的サービスの取扱いに従い適切に実施していること。 | □ | □ | □ |
|  | ②　利用者が指定予防通所事業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ますか。 | □ | □ | □ |
|  | ③　利用者に対し、いずれかの選択的サービスを週１回以上実施していますか。 | □ | □ | □ |
|  | いずれかのサービスを１月につき２回以上行っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | 複数の種類の選択的サービスを組み合わせて実施するに当たって、各選択的サービスを担当する専門の職種が相互に連携を図り、より効果的なサービスの提供方法等について検討していますか。 | □ | □ | □ |
|  | ④　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ますか。※　各選択的サービスの取扱いに従い適切に実施していること。 | □ | □ | □ |
| ８　事業所評価加算　★枚方市に届出が必要 | 下記の要件を満たし、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（基準に適合しているものとして届け出た年においては、届出の日から同年12月までの期間））の満了日の属する年度の次の年度内に限り１月につき120単位を算定していますか。 | □ | □ | □ |
|  | ①　定員利用・人員基準に適合しているものとして枚方市に届け出て選択的サービスを行っていますか。 | □ | □ | □ |
|  | ②　評価対象期間における指定予防通所事業所の利用実人員数が10名以上であるか。 | □ | □ | □ |
|  | ③　下記のア及びイにおける割合をそれぞれ満たしていますか |  |
|  | ア　評価対象期間内に選択的サービスを利用した者の割合$$\frac{評価対象期間内に選択的サービスを利用した者の数}{\begin{array}{c}評価対象期間内に介護予防通所介護又は介護予防\\通所リハビリテーションをそれぞれ利用した者の数\end{array}}\geqq 0.6$$ | □ | □ | □ |
|  | イ　利用者の要支援状態の維持改善の割合$$\frac{要支援度の維持者数＋改善者数×２}{\begin{array}{c}評価対象期間内に運動器機能向上サービス、栄養改善サービス\\又は口腔機能向上サービスを３月以上利用し、\\その後に更新・変更認定を受けた者の数\end{array}}\geqq 0.7$$ | □ | □ | □ |
| ９　その他取扱いについて | 利用者が介護予防短期入所生活介護、介護予防短期入所療養介護、介護予防特定施設入居者生活介護、介護予防小規模多機能型居宅介護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は、予防通所事業費を算定していませんか。 | □ | □ | □ |
|  | 利用者が一の指定予防通所事業所において指定予防通所事業を受けている間は、他の予防通所事業所で予防通所事業費を算定していませんか。 | □ | □ | □ |
|  | 月途中に下記のとおり変更になった場合、日割り計算により報酬を請求していますか。 | □ | □ | □ |
|  | ①　要介護から要支援に変更となった場合 | □ | □ | □ |
|  | ②　要支援から要介護に変更となった場合 | □ | □ | □ |
|  | ③　同一保険者管内で転居等により事業所を変更した場合 | □ | □ | □ |
|  | ④　月途中で要支援度が変更となった場合 | □ | □ | □ |