

# 令和4年度 運営状況点検書

## (地域密着型通所介護)

点検日	点検者（職・氏名）※原則として管理者が行ってください。
令和      年      月      日	

**1 事業所番号、事業所の名称、連絡先等を正確に記載してください。**

事業所	介護保険事業所番号	1	4								
	フリガナ										
	名称										
	住所	〒									
連絡先	電話番号	-	-	FAX番号				-	-		

### I 人員基準

**1 管理者について**

管理者のお名前を記載してください。また当該事業所内で他の職種を兼務している場合には、その職種名（例：生活相談員）を記載してください。

なお、同一敷地内の他の事業所（他のサービス）で兼務している場合には、事業所名、職種名及び1週間あたりの勤務時間数を記載してください。

氏名										
当該事業所で兼務する職種										
同一敷地内で兼務する他の事業所名			職種		時間数 (1週)					

※ 以前に届出ている管理者と変更されている場合は、この報告とは別に「変更届出」が必要となりますので、変更届等も提出してください。

**2 令和4年9月の勤務実績に基づき、単位ごとに「勤務形態一覧表」を作成してください。**

- ① 指定基準上必要な職種を全部記載してください。
- ② 資格が必要な職種については、所有している資格を記載してください。
- ③ 従業員ごとに勤務予定時間数を記載してください。
- ④ 専従、兼務、常勤、非常勤の別を正確に記載してください。
- ⑤ 月間勤務時間数、週勤務時間数を計算してください。
- ⑥ 介護職員全員分の週勤務時間数を合計してください。
- ⑦ ⑥を常勤換算してください（合計した週勤務時間数を貴事業所の常勤の勤務時間数で割る）

**3 令和4年10月の利用者数について、単位ごとに「利用者数一覧表」を作成してください。**

- ① この表は、運営基準の定員の厳守及び減算の有無を確認するため必要なものです。
- ② 各事業所において使用している利用記録等により必要な事項（利用者の最大数の月平均等）が確認できる場合は、その書類をもって添付書類として差し支えありません。

**4 令和4年10月の状況について、単位ごとに「従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表」を作成してください。**

**5 基準に従った人員配置がされているかどうかについて、「はい」又は「いいえ」を○で囲んでください。**

**(1) 管理者**

①	常勤専従職員を配置していますか。(ただし、管理業務に支障がない場合は、当該地域密着型通所介護事業所の他の職務、同一敷地内の事業所等での職務を兼務することが可能です。)	はい ・ いいえ
②	管理者自身を含む従業員全員の雇用契約等の写しを事業所に保管していますか。	はい ・ いいえ
③	生活相談員、看護職員、理学療法士、管理栄養士等、所定の資格を有する職員を雇用する際は、その有する資格を確認するとともに、資格証等の写しを事業所に保管していますか。	はい ・ いいえ
④	従業員の勤務形態一覧表（シフト表など）を作成していますか。	はい ・ いいえ
⑤	全従業員について、タイムカード等により、勤務実績が分かるようにしていますか。	はい ・ いいえ



**「いいえ」と答えた場合は、基準違反です。早急に常勤の管理者を配置してください。**

**(2) 介護従業者等**

①	単位の数にかかわらず、地域密着型通所介護の提供時間に応じて、専ら地域密着型通所介護の提供に当たる生活相談員を1人以上確保していますか。	はい ・ いいえ
②	【利用定員が10人以下の事業所】 単位ごとに提供時間を通じて、看護職員又は介護職員を常に1人以上配置していますか。	はい ・ いいえ
③	【利用定員が10人以下の事業所】 生活相談員、看護職員又は介護職員のうち1人以上は常勤職員ですか。	はい ・ いいえ
④	【利用定員が10人以下の事業所】 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。	はい ・ いいえ
⑤	【利用定員が11人以上の事業所】 単位ごとに、専らサービスの提供に当たる看護職員を1人以上配置していますか。	はい ・ いいえ

	(病院、診療所、訪問看護ステーションとの連携により確保することも可能です。)	
⑥	<p>単位ごとに、平均提供時間数に応じて、専ら提供に当たる介護職員の勤務延時間数を次のとおり適切に確保していますか。</p> <p>「利用者 15 人まで」確保すべき勤務時間数＝平均提供時間数                  「利用者 16 人以上」確保すべき勤務延時間数＝((利用者数－15) ÷ 5 + 1) × 平均提供時間数</p> <p>※平均提供時間数＝利用者ごとの提供時間数の合計 ÷ 利用者数</p>	はい ・ いいえ
⑦	<p>【利用定員が 11 人以上の事業所】                  生活相談員、又は介護職員のうち 1 人以上は常勤職員を配置していますか。</p>	はい ・ いいえ
⑧	<p>【利用定員が 11 人以上の事業所】                  単位ごとに介護職員を常時 1 人以上配置していますか。</p>	はい ・ いいえ
⑨	<p>機能訓練指導員（有資格）を 1 人以上配置していますか。                  ※有資格者とは理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師、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とは、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師の資格を有する機能訓練指導員を配置した事業所で 6 か月以上勤務し、機能訓練指導に従事した経験を有する者である。</p>	はい ・ いいえ



**「いいえ」と答えた場合は、基準違反です。早急に適切な配置をしてください。**

- 「I 人員に関する報告」の「基準」は、指定基準に定められている人員基準です。もしも基準違反に該当する項目があった場合には、速やかに人員を補充する必要があります。
- **職種によっては、人員欠如の場合には介護報酬を減算する必要がある場合もありますので、報酬の請求根拠について再度確認してください。**
- 人員欠如状態のまま事業を継続している場合、指定基準等の違反として指導等の対象となりますので、**速やかに補充できないときは、休止してください（休止届が必要）。**  
 なお、重大な違反状態の場合には、指定取り消しとなる場合もありますので、十分な注意が必要です。

## II 設備基準

以下の点検項目について、記載のとおり実施している場合は回答欄に「○」を、記載のとおり実施していない場合は「×」を記入してください。

なお、点検項目に該当しない場合は斜線を引いてください。

①	事務室、プライバシーの確保された相談室（専用の部屋でない場合はパーテーション等で囲われている相談スペース）を確保していますか。	
②	食堂及び機能訓練室は、それぞれ必要な広さを有するものとし、その合計した面積（有効面積）は、3 平方メートルに利用定員を乗じて得た面積以上ですか。	

③	狭隘な部屋を多数設置することにより面積を確保している食堂及び機能訓練室については、地域密着型通所介護の単位を更にグループ分けして効果的な地域密着型通所介護の提供が期待される場合又は複数の部屋の一体的な利用が可能と認められ、かつ利用定員に対し同時に介護を提供できると認められる場合のいずれかに該当していますか。	
④	機能訓練等を目的とした使用が想定されていないスペースは、機能訓練室の面積から除外していますか。	
⑤	静養室については、利用者が静養するために必要となる広さ（適切な環境）が確保され、寝具等が設置され、食堂及び機能訓練室に近接する等により見守りの体制が確保されていますか。	
⑥	専ら当該地域密着型通所介護の事業の用に供し（利用者に対する地域密着型通所介護の提供に支障がない場合は、他の施設等の設備も利用可）、被保険者が使用するのに適した便所及び洗面設備を設けていますか。	
⑦	事業所のレイアウトに変更があった場合（食堂及び機能訓練室の面積変更、相談室・静養室の場所の変更等）、変更届を提出していますか。	
⑧	地域密着型通所介護事業所の設備を利用して、介護保険制度外の夜間及び深夜のサービス（宿泊サービス）を実施している場合、届出をしていますか。	

### Ⅲ 運営基準

#### （１）内容、手続きの説明及び同意

①	サービスの提供開始に際しては、あらかじめ、利用申込者又はその家族に対し、運営規定の概要、従業者の勤務体制その他の利用申込者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を記した文書を交付して説明を行い、当該サービスの提供の開始について利用申込者の同意を得ていますか。	
---	--	--

#### （２）提供拒否の禁止

①	正当な理由（①当該事業所の現員からは利用申込に応じ切れない場合、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、③その他利用申込者に対し自ら適切なサービスを提供することが困難な場合）なくサービスの提供を拒んでいませんか。	
---	--	--

#### （３）サービス提供困難時の対応

①	通常の実施地域等を勘案し、利用申込者に対し自ら適切なサービスを提供することが困難であると認めた場合は、当該利用申込者に係る居宅介護支援事業者への連絡、適当な他の事業所等の紹介その他の必要な措置を速やかに講じていますか。	
---	---	--

#### （４）受給資格等の確認

①	サービスの提供を求められた場合には、その者の掲示する被保険者証によって、被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間を確かめていますか。	
②	被保険者証に認定審査会意見が記載されているときは、当該意見に配慮して、サービスを提供するよう努めていますか。	

**(5) 要介護認定の申請に係る援助**

①	要介護認定の申請が行われていない場合は、利用申込者の意思を踏まえて速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行っていますか。	
②	要介護認定の更新の申請が、遅くとも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**

①	サービスの提供に当たっては、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**

①	サービス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。	
②	サービス提供の終了に際しては、利用者又はその家族に対して適切な指導を行うとともに、当該利用者に係る居宅介護支援事業者に対する情報の提供及び保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めていますか。	

**(8) 法定代理受領サービスの提供を受けるための援助**

①	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町に対して届け出ること等により、サービス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廷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**

①	居宅サービス計画が作成されている場合は、当該計画に沿った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**

①	利用者が居宅サービス計画の変更を希望する場合には、当該利用者に係る居宅介護支援事業者への連絡その他の必要な援助を行っていますか。	
---	--	--

**(11) サービスの提供の記録**

①	サービスを提供した際には、当該サービスの提供日及び内容、当該サービスについて法第42条の2第6項の規定により利用者に代わって支払を受ける地域密着型介護サービス費の額その他必要な事項を、利用者の居宅サービス計画を記載した書面又はこれに準ずる書面に記載していますか。	
②	サービスの提供をした際には、提供して具体的なサービス（サービスの提供日、内容、保険給付の額、利用者の状況その他必要な事項）を記録するとともに、利用者からの申出があった場合は、文書の交付その他適切な方法により、その情報を利用者に対して提供していますか。	

**(12) 利用料等の受領**

①	法定代理受領サービスに該当するサービスを提供した際には、その利用者から利用料の一部として、地域密着型介護サービスに係る居宅介護サービス費用基準額の1割～3割の支払いを受けていますか。	
②	法定代理受領サービスに該当しないサービスを提供した際にその利用者から支払いを受ける利用料の額と、地域密着型介護サービス費用基準額との間に、不合理な差額が生じないようにしていますか。	
③	その他日常生活費（身の回り品の費用、教養娯楽費）を利用者から一律に徴収していませんか。	
④	利用者全員で行うレクリエーションの費用や入浴時のタオル、介護用手袋、ティッシュペーパー等の費用は事業所で負担していますか。	

**(13) 保険給付の請求のための証明書の交付**

①	法定代理受領サービス以外のサービス利用料の支払いを受けた場合は、提供したサービスの内容、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) 地域密着型通所介護の基本取扱方針**

①	利用者の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、その目標を設定し、計画的に行っていますか。	
②	自らその提供する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。	

**(15) 地域密着型通所介護の具体的取扱方針**

①	地域密着型通所介護計画に基づき、利用者の機能訓練及びその者が日常生活を営むことができるよう必要な援助を行っていますか。	
②	地域密着型通所介護従業者は、地域密着型通所介護の提供に当たっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し、サービスの提供方法等について、理解しやすいよう説明を行っていますか。	
③	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。	
④	常に利用者の心身の状況を的確に把握しつつ、相談援助等の生活指導、機能訓練その他必要なサービスを利用者の希望に添って適切に提供している。特に、認知症である者に対しては、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。	
⑤	地域密着型通所介護の提供に当たり、利用者の居宅と地域密着型通所介護事業所との間の送迎を基本としていますか。	

**(16) 地域密着型通所介護計画の作成**

①	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。（全員分を作成していなければ×）	
---	---	--

②	地域密着型通所介護計画は、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作成していますか。（全員に作成していなければ×）	
③	地域密着型通所介護計画の原案を作成した際には、利用者又はその家族にその内容を説明し、同意を得ており、かつ、決定した地域密着型通所介護計画を利用者に交付していますか。また、当該説明・同意・交付が確認できる記録をしていますか。（全員の記録をしていなければ×）	
④	地域密着型通所介護計画作成後においても、地域密着型通所介護計画に従ったサービスの実施状況及び目標の達成状況の記録を行い、必要に応じて計画の変更を行っていますか。（全員の記録をしていなければ×）	

**（１７）利用者に関する町への通知**

①	<p>利用者が次のいずれかに該当する場合は、遅滞なく、意見を付してその旨を町へ通知していますか。</p> <p>① 正当な理由なしにサービス利用に関する指示に従わないことにより、要介護状態の程度を増進させたと認められるとき。</p> <p>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。</p>	
---	--	--

**（１８）緊急時等の対応**

①	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が生じた場合その他必要な場合は速やかに主治の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じていますか。	
---	--	--

**（１９）管理者の責務**

①	管理者は、当該事業所の従業者の管理及びサービスの利用申込に係る調整、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。	
②	管理者は、当該事業所の従業者に、「運営に関する基準」を遵守させるために必要な指揮命令を行っていますか。	

**（２０）運営規程**

①	<p>事業所ごとに、次に掲げる事業の運営についての重要事項に関する規程（運営規程）を定めていますか。</p> <p>ア 事業の目的、運営の方針、事業所名称、事業所所在地</p> <p>イ 従業者の職種、員数及び職務の内容&lt;単位ごとに&gt;</p> <p>ウ 営業日、営業時間、サービス提供日、サービス提供時間&lt;単位ごとに&gt;</p> <p>エ 地域密着型通所介護の利用定員&lt;単位ごとに&gt;</p> <p>オ 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（別紙料金表含む）</p> <p>カ 通常の事業の実施地域</p> <p>キ サービス利用に当たっての留意事項</p> <p>ク 緊急時等における対応方法</p> <p>ケ 非常災害対策</p> <p>コ 虐待の防止のための措置に関する留意事項【令和6年3月31日までは努力義務】</p> <p>サ 事故発生時の対応、従業者の秘密保持義務、苦情及び相談の受付体制その他運営に関する重要事項</p>	
②	運営規程の内容は、常に実態を反映したものを整備していますか。	

**(21) 勤務体制の確保等**

①	利用者に対し適切なサービスを提供できるよう、事業所ごとに従業員の勤務体制を定め、記録をしていますか。	
②	当該事業所の従業員によってサービス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についてはこの限りではありません。)	
③	従業員の資質の向上のために、研修の機会を確保していますか。	
④	全ての従業員に対し、認知症介護に係る基礎的な研修を受講させるために必要な措置を講じていますか。【令和6年3月31日までは努力義務】	
④	適切なサービスの提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより従業員の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じていますか。	

**(22) 定員の遵守**

①	利用定員を超えて地域密着型通所介護の提供を行っていませんか。 ※ただし、災害その他のやむを得ない事情がある場合は、この限りではありません。	
---	--	--

**(23) 非常災害対策**

①	非常災害に関する具体的計画(消防法施行規則第3条に規定する消防計画(これに準ずる計画も含む。))及び風水害、地震等の災害に対処するための計画)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(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よう体制作り)し、それらを定期的に従業員に周知し、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行っていますか。																																		
②	①に規定する訓練の実施に当たって、地域住民の参加が得られるよう連携に努めていますか。																																		
③	消防計画の策定及びこれに基づく消防業務の実施は、消防法第8条の規定により防火管理者に行わせていますか。 ・貴事業所の防火管理者(責任者)の氏名を記入してください。 防火管理者(責任者)氏名( )																																		
④	今年度の非常災害訓練の実施日(予定日含むはいつですか。 <table border="0" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">避難訓練</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">&lt;</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">年</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">月</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">日</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">&gt;</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">&lt;</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">年</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">月</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">日</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">&gt;</td> </tr> <tr> <td>救出訓練</td> <td style="text-align: center;">&lt;</td> <td style="text-align: center;">年</td> <td style="text-align: center;">月</td> <td style="text-align: center;">日</td> <td style="text-align: center;">&gt;</td> <td style="text-align: center;">&lt;</td> <td style="text-align: center;">年</td> <td style="text-align: center;">月</td> <td style="text-align: center;">日</td> <td style="text-align: center;">&gt;</td> </tr> <tr> <td>その他( )訓練</td> <td style="text-align: center;">&lt;</td> <td style="text-align: center;">年</td> <td style="text-align: center;">月</td> <td style="text-align: center;">日</td> <td style="text-align: center;">&gt;</td> <td style="text-align: center;">&lt;</td> <td style="text-align: center;">年</td> <td style="text-align: center;">月</td> <td style="text-align: center;">日</td> <td style="text-align: center;">&gt;</td> </tr> </table>	避難訓練	<	年	月	日	>	<	年	月	日	>	救出訓練	<	年	月	日	>	<	年	月	日	>	その他( )訓練	<	年	月	日	>	<	年	月	日	>	
避難訓練	<	年	月	日	>	<	年	月	日	>																									
救出訓練	<	年	月	日	>	<	年	月	日	>																									
その他( )訓練	<	年	月	日	>	<	年	月	日	>																									

**(24) 衛生管理等**

①	利用者の使用する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講じていますか。	
---	--	--



②	感染症が発生し、又はまん延しないように、必要な措置を講じていますか。	
③	<p>感染症が発生し、又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じていますか。</p> <p>(1) 感染症のまん延の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）をおおむね6月に1回開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図っていますか。</p> <p>(2) 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ますか。</p> <p>(3) 従業者に対し、感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を定期的に実施していますか。</p> <p>【令和6年3月31日までは努力義務】</p>	

**(25) 掲示**

①	事業所の見やすい場所に、運営規程の概要、従業者の勤務の体制、その他の利用申込者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を掲示していますか。	
②	①に代わり、①で規定する事項を記載した書面を事業所に備え付け、かつ、これをいつでも関係者に自由に閲覧できるようにしていますか。	

**(26) 秘密保持等**

①	従業者が、正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らさぬよう対策を講じていますか。	
②	従業者であった者が、正当な理由なく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らすことがないように、必要な措置（従業者が、従業者でなくなった後においても秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用時等に取り決め、例えば違約金について定めを置くなどの措置）を講じていますか。	
③	サービス担当者会議等で、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。	

**(27) 広告**

①	事業所について広告をする場合においては、その内容が虚偽又は誇大なものとなっていませんか。	
---	--	--

**(28) 居宅介護支援事業者に対する利益供与の禁止**

①	居宅介護支援事業者又はその従業者に対し、利用者に特定の事業者によるサービスを利用させることの対償として、金品その他の財産上の利益を供与していませんか。	
---	---	--

**(29) 苦情処理**

①	サービスに係る利用者及びその家族からの苦情に迅速かつ適切に対応するために、苦情を受け付けるための窓口を設置する等の必要な措置を講じていますか。	
②	苦情を受け付けた場合には、苦情の受付日、苦情の内容等を記録していますか。	

③	<p>提供したサービスに関し、町が行う文書その他の物件の提出若しくは提示の求め又は当該町の職員からの質問若しくは照会に応じ、及び利用者からの苦情に関して町が行う調査に協力するとともに、町から指導又は助言を受けた場合においては、当該指導又は助言に従って必要な改善を行っていますか。</p> <p>また、町からの求めがあった場合には、改善の内容を町へ報告していますか。</p>	
④	<p>提供したサービスに係る利用者からの苦情に関して国民健康保険団体連合会が行う調査に協力するとともに、国民健康保険団体連合会から指導又は助言を受けた場合は、当該指導又は助言に従って必要な改善を行っていますか。</p> <p>また、国民健康保険団体連合会からの求めがあった場合には、改善の内容を国民健康保険団体連合会に報告していますか。</p>	

**(30) 地域との連携等**

①	<p>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ますか。</p>	
②	<p>事業の運営に当たっては、提供した地域密着型通所介護に関する利用者からの苦情に関して、町等が派遣する者が相談及び援助を行う事業その他の市町村が実施する事業に協力するように努めていますか。</p>	
③	<p>利用者、利用者の家族、地域住民の代表者（町内会役員、民生委員、老人クラブの代表者等）、二宮町職員又は二宮町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）を設置していますか。</p> <p>※運営推進会議は、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。ただし、利用者等が参加する場合は、テレビ電話装置等の活用について利用者等の同意を得なければならない。</p>	
④	<p>おおむね6か月に1回以上、運営推進会議に対してサービスの提供状況等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。</p>	
⑤	<p>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サービスを提供する場合は、当該建物に居住する利用者以外の者に対してもサービスの提供を行うよう努めていますか。</p>	

**(31) 事故発生時の対応**

①	<p>利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合は、町、当該利用者の家族、当該利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行い、必要な措置を講じていますか。</p>	
②	<p>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。</p>	
③	<p>利用者に対するサービス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。</p>	

**(32) 会計の区分**

①	<p>事業所ごとに経理を区分するとともに、地域密着型通所介護の事業の会計とその他の事業の会計を区分していますか。</p>	
---	--	--

**(33) 記録の整備**

①	従業者、設備、備品及び会計に関する諸記録を整備していますか。	
②	利用者に対するサービスの提供に関する諸記録を整備し、その完結の日から5年間保存していますか。 ア 地域密着型通所介護計画 イ 提供した具体的なサービスの内容等の記録 ウ 町への通知に係る記録 エ 苦情の内容等の記録 オ 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 カ 運営推進会議での報告、評価、要望、助言等の記録	

**(34) 虐待の防止**

①	虐待の防止又はその再発を防止するために、次に掲げる措置を講じていますか。 (1) 当該事業所における虐待の防止のための対策を検討する委員会(テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。)を定期的で開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図っていますか。 (2) 虐待の防止のための指針を整備していますか (3) 従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施していますか。 (4) (1)～(3)に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置いていますか。 <b>【令和6年3月31日までは努力義務】</b>	
---	---	--

**(35) 業務継続計画の策定等**

①	感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する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(業務継続計画)を策定し、業務継続計画に従い必要な措置を講じていますか。 <b>【令和6年3月31日までは努力義務】</b>	
②	従業者に対し、業務継続計画を周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施していますか。 <b>【令和6年3月31日までは努力義務】</b>	
③	定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行っていますか。 <b>【令和6年3月31日までは努力義務】</b>	

**(36) 研修**

今年度の研修（予定を含む）について、下表に記載してください。

	実施年月日	研修出席者	研修内容
所内研修			
所外研修			

欄が不足する場合は、別紙に記載してください。

※ 研修出席者欄には、対象とする職種（管理者、生活相談員等）を記載してください。

→ **研修計画が作成されていない場合は、事業所で年間研修計画をつくり、研修を実施してください。**

**<注意点>**

- 以上の項目は、運営基準に定められている内容の一部であり、事業開始後に遵守しなければならないものです。  
**運営基準違反のまま事業を継続している場合、指定基準等の違反として指導等の対象となります。なお、重大な違反状態の場合には、指定取り消しとなる場合もあります。**

**IV 報酬算定**

行っている場合は、「○」  
行っていない場合は、「×」を記入

**(1) 所要時間について**

①	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を行うための標準的な時間により、地域密着型通所介護を区分し、報酬請求をしていますか。	
②	地域密着型通所介護サービスの提供時間中に理美容サービスを提供した場合、その時間を除いて介護報酬を請求していますか。	
③	心身の状況その他利用者のやむを得ない事情により、長時間のサービス利用が困難である利用者にのみ、所要時間2時間以上3時間未満のサービスを行っていますか。	

**(2) 他サービスとの関係について**

①	利用者が、短期入所生活介護、短期入所療養介護、特定施設入居者生活介護、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護及び複合型サービスを受けている間に地域密着型通所介護費を算定していませんか。	
---	---	--

**(3) 屋外でのサービス提供について**

①	<p>屋外でのサービス提供は、①②の要件を満たし、近隣で行う場合のみとしていますか。</p> <p>①あらかじめ地域密着型通所介護計画に位置付けがあること</p> <p>②効果的な機能訓練等のサービスが提供できること</p> <p>※ただし、要件を満たしても、単に気分転換等を目的としたもの及び娯楽性の強いものは認められません。</p>	
---	--	--

**(4) 加算**

時間延長サービス加算	1 なし      2 あり
------------	----------------

①	通所介護の所要時間とそ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時間以上の場合にのみ、当該加算を算定していますか。	いる ・ いない
②	延長サービスを行うことが出来る人員を配置していますか。	いる ・ いない
③	算定対象時間が9時間以上10時間未満の場合は50単位を、10時間以上11時間未満の場合は100単位を、11時間以上12時間未満の場合は150単位を、12時間以上13時間未満の場合は200単位を、13時間以上14時間未満の場合は250単位を所定単位数に加算していますか。	いる ・ いない



**「いない」と答えた場合は、基準違反です。早急に常勤の管理者を配置してください。**

入浴介助加算	1 なし	2 あり（加算Ⅰ・加算Ⅱ）
--------	------	---------------

①	【加算Ⅰ、Ⅱ共通】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いますか。	いる ・ いない
②	【加算Ⅰ、Ⅱ共通】入浴介助について、対象者の通所介護計画上位置づけられていますか。	いる ・ いない
③	【加算Ⅰ、Ⅱ共通】入浴中の利用者の観察を含む介助を行う場合について算定していますか。	いる ・ いない
④	【加算Ⅰ、Ⅱ共通】通所介護計画上、入浴が位置付けられている場合に、利用者側の事情により入浴を実施しなかった場合について、実施しなかった利用者については入浴介助加算を算定していませんか。	いる ・ いない
⑤	【加算Ⅰ、Ⅱ共通】清拭のみの利用者に対して加算を算定していませんか。	いる ・ いない
⑥	【加算Ⅱのみ】医師、理学療法士、作業療法士、介護福祉士、介護支援専門員その他の職種の者（以下「医師等」という。）が利用者の居宅を訪問し、浴室における利用者の動作及び浴室の環境を評価していますか。	いる ・ いない
⑦	【加算Ⅱのみ】⑥の訪問時に、居宅の浴室が、利用者自身又はその家族等の介助により入浴を行うことが難しい環境にあると認めた場合、訪問した医師等が介護支援専門員又は福祉用具専門相談員と連携し、福祉用具貸与若しくは購入又は住宅改修等で浴室の環境改善に係る助言を行っていますか。 （事例がない場合は、「－」と記入して下さい。）	いる ・ いない
⑧	【加算Ⅱのみ】機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者（以下「機能訓練指導員等」という。）が共同して、利用者の居宅を訪問した医師等との連携の下で、利用者の身体の状態、訪問により把握した居宅の浴室の環境等を踏まえて個別の入浴計画を作成していますか。	いる ・ いない
⑨	【加算Ⅱのみ】⑧の入浴計画に基づき、個浴その他の利用者の居宅の状況に近い環境で、入浴介助を行っていますか。	いる ・ いない



①～③及び⑥～⑨で「いない」、④及び⑤で「いる」と答えた場合は、基準違反です。早急に常勤の管理者を配置してください。

中重度者ケア体制加算	1 なし	2 あり
------------	------	------

①	人員基準に定められた員数に加え、看護職員又は介護職員を常勤換算方法で2以上配置していますか。	いる ・ いない
②	前年度又は算定日が属する月の前3月間の利用者の総数のうち、要介護3～5の利用者の占める割合が100分の30以上いますか。	いる ・ いない
③	提供時間帯を通じて、専ら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。	いる ・ いない



**「いない」と答えた場合は、基準違反です。早急に常勤の管理者を配置してください。**

認知症加算	1 なし	2 あり
-------	------	------

①	人員基準に定められた員数に加え、看護職員又は介護職員を常勤換算方法で2以上確保していますか。	いる ・ いない
②	前年度又は算定日が属する月の前3月間の利用者の総数のうち、日常生活に支障を来た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以上を占めていますか。	いる ・ いない
③	提供時間を通じて、専ら当該指定通所介護の提供に当たる認知症介護指導者研修、認知症介護実践リーダー研修、認知症介護実践者研修等を修了した者を1以上確保していますか。	いる ・ いない



**「いない」と答えた場合は、基準違反です。早急に常勤の管理者を配置してください。**

若年性認知症利用者受入加算	1 なし	2 あり
---------------	------	------

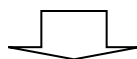
①	受け入れた若年性認知症利用者ごとに個別に担当者を定め、利用者の特性やニーズに応じたサービス提供を行っていますか。	いる ・ いない
②	認知症加算を算定している利用者に対し若年性認知症利用者受入加算を算定していませんか。	いる ・ いない



**①で「いない」、②で「いる」と答えた場合は、基準違反です。早急に常勤の管理者を配置してください。**

個別機能訓練加算	1 なし      2 あり（加算Ⅰイ・加算Ⅰロ・Ⅱ）
----------	-----------------------------

①	【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、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師、はり師又はきゅう師（はり師及びきゅう師については、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師の資格を有する機能訓練指導員を配置した事業所で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。）（以下「理学療法士等」という。）を一名以上配置していますか。	いる ・ いない
②	【加算Ⅰイ】機能訓練指導員等が共同して、利用者ごとに個別機能訓練計画を作成し、当該計画に基づき、理学療法士等が計画的に機能訓練を行っていますか。	いる ・ いない
③	【加算Ⅰイ】個別機能訓練計画の作成及び実施においては、利用者の身体機能及び生活機能の向上に資するよう複数の種類の機能訓練の項目を準備し、その項目の選択に当たっては、利用者の生活意欲が増進されるよう利用者を援助し、利用者の選択に基づき、心身の状況に応じた機能訓練を適切に行っていますか。	いる ・ いない
④	【加算Ⅰイ】機能訓練指導員等が利用者の居宅を訪問し、利用者の居宅での生活状況を確認した上で、個別機能訓練計画を作成していますか。また、その後三月ごとに一回以上、利用者の居宅を訪問した上で、当該利用者の居宅における生活状況をその都度確認するとともに、当該利用者又はその家族に対して、個別機能訓練計画の進捗状況等を説明し、必要に応じて個別機能訓練計画の見直し等を行っていますか。	いる ・ いない
⑤	【加算Ⅰイ】定員超過利用・人員基準欠如に該当していませんか。	いる ・ いない
⑥	【加算Ⅰロ】①の規定により配置された理学療法士等に加えて、専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等を地域密着型通所介護を行う時間帯を通じて一名以上配置していますか。	いる ・ いない
⑦	【加算Ⅰロ】②から⑤までに掲げる基準のいずれにも適合していますか。	いる ・ いない
⑧	【加算Ⅱ】①から⑤まで又は⑥及び⑦に掲げる基準に適合していますか。	いる ・ いない
⑨	【加算Ⅱ】利用者ごとの個別機能訓練計画書の内容等の情報を厚生労働省に提出し、機能訓練の実施に当たって、当該情報その他機能訓練の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していますか。	いる ・ いない



①～④及び⑥～⑨で「いない」、⑤で「いる」と答えた場合は、基準違反です。早急に常勤の管理者を配置してください。



栄養改善加算	1 なし      2 あり
--------	----------------

①	低栄養状態にある又はそのおそれのある利用者に対して、当該利用者の低栄養状態の改善等を目的として、個別的に実施される栄養食事相談等の栄養管理であって、利用者の心身の状態の維持又は向上に資すると認められるものを行った場合に算定していますか。	いる ・ いない
②	当該事業所の従業者として又は外部との連携により管理栄養士を1名以上配置していますか。	いる ・ いない
③	利用者の栄養状態を利用開始時に把握し、管理栄養士等が共同して、利用者ごとの摂食・嚥えん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。	いる ・ いない
④	利用者ごとの栄養ケア計画に従い、必要に応じて当該利用者の居宅を訪問し、管理栄養士等が栄養改善サービスを行っているとともに、利用者の栄養状態を定期的に記録していますか。	いる ・ いない
⑤	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。	いる ・ いない



**「いない」と答えた場合は、基準違反です。早急に常勤の管理者を配置してください。**

栄養アセスメント加算	1 なし      2 あり
------------	----------------

①	事業所の従業者として又は外部との連携により管理栄養士を1名以上配置していますか。	いる ・ いない
②	利用者ごとに、管理栄養士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して栄養アセスメント（低栄養状態のリスク及び解決すべき課題を把握することをいう。）を実施し、当該利用者又はその家族に対してその結果を説明し、相談等に必要に応じ対応していますか。	いる ・ いない
③	利用者ごとの栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し、栄養管理の実施に当たって、当該情報その他栄養管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していますか。	いる ・ いない
④	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に、算定していませんか。	いる ・ いない



**①～③で「いない」、④で「いる」と答えた場合は、基準違反です。早急に常勤の管理者を配置してください。**

口腔機能向上加算	1 なし	2 あり（加算Ⅰ・加算Ⅱ）
----------	------	---------------

①	【加算Ⅰ】言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員を一名以上配置していますか。	いる ・ いない
②	【加算Ⅰ】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。	いる ・ いない
③	【加算Ⅰ】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(指定居宅サービス介護給付費単位数表の通所介護費の注18に規定する口腔機能向上サービスをいう。以下同じ。)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。	いる ・ いない
④	【加算Ⅰ】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。	いる ・ いない
⑤	【加算Ⅰ】定員超過利用・人員基準欠如に該当していませんか。	いる ・ いない
⑥	【加算Ⅱ】①から⑤までに掲げる基準のいずれにも適合していますか。	いる ・ いない
⑦	【加算Ⅱ】利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画等の内容等の情報を厚生労働省に提出し、口腔機能向上サービスの実施に当たって、当該情報その他口腔衛生の管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していますか。	いる ・ いない



①～④及び⑥、⑦で「いない」、⑤で「いる」と答えた場合は、基準違反です。早急に常勤の管理者を配置してください。

科学的介護推進体制加算	1 なし	2 あり
-------------	------	------

①	利用者ごとのADL値(ADLの評価に基づき測定した値をいう。)、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の利用者の心身の状況等に係る基本的な情報を、厚生労働省に提出していますか。	いる ・ いない
②	必要に応じてサービス計画を見直すなど、地域密着型通所介護の提供に当たって、①に規定する情報その他指定地域密着型通所介護を適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用していますか。	いる ・ いない



「いない」と答えた場合は、基準違反です。早急に常勤の管理者を配置してください。

口腔・栄養スクリーニング加算	1 なし	2 あり（加算Ⅰ・加算Ⅱ）
----------------	------	---------------

①	【加算Ⅰ】利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態について確認を行い、当該利用者の口腔の健康状態に関する情報(当該利用者の口腔の健康状態が低下しているおそれのある場合にあつては、その改善に必要な情報を含む。)を当該利用者を担当する介護支援専門員に提供していますか。	いる ・ いない
②	【加算Ⅰ】利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の栄養状態について確認を行い、当該利用者の栄養状態に関する情報(当該利用者が低栄養状態の場合にあつては、低栄養状態の改善に必要な情報を含む。)を当該利用者を担当する介護支援専門員に提供していますか。	いる ・ いない
③	【加算Ⅰ】算定日が属する月が、次に掲げる基準のいずれにも該当していませんか。(一) 栄養アセスメント加算を算定している又は当該利用者が栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間である若しくは当該栄養改善サービスが終了した日の属する月。 (二) 当該利用者が口腔機能向上加算の算定に係る口腔機能向上サービスを受けている間である又は当該口腔機能向上サービスが終了した日の属する月。	いる ・ いない
④	【加算Ⅰ】定員超過利用・人員基準欠如に該当していますか。	いる ・ いない
⑤	【加算Ⅱ】次の基準のいずれかを満たしていますか。  ・利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態について確認を行い、当該利用者の口腔の健康状態に関する情報(当該利用者の口腔の健康状態が低下しているおそれのある場合にあつては、その改善に必要な情報を含む。)を当該利用者を担当する介護支援専門員に提供していますか。  ・算定日が属する月が、栄養アセスメント加算を算定している又は当該利用者が栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間である若しくは当該栄養改善サービスが終了した日の属する月ですか。  ・算定日が属する月が、当該利用者が口腔機能向上加算の算定に係る口腔機能向上サービスを受けている間及び口腔機能向上サービスが終了した日の属する月ではありませんか。  ・利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の栄養状態について確認を行い、当該利用者の栄養状態に関する情報(当該利用者が低栄養状態の場合にあつては、低栄養状態の改善に必要な情報を含む。)を当該利用者を担当する介護支援専門員に提供していますか。  ・算定日が属する月が、栄養アセスメント加算を算定していない、かつ、当該利用者が栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間又は当該栄養改善サービスが終了した日の属する月ではありませんか。  ・算定日が属する月が、当該利用者が口腔機能向上加算の算定に係る口腔機能向上サービスを受けている間及び当該口腔機能向上サービスが終了した日の属する月ですか。	いる ・ いない



**「いない」と答えた場合は、基準違反です。早急に常勤の管理者を配置してください。**

生活機能向上連携加算	1 なし      2 あり（加算Ⅰ・加算Ⅱ）
------------	-------------------------

①	【加算Ⅰ】訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション又はリハビリテーションを実施している医療提供施設の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は医師の助言に基づき、当該事業所の機能訓練指導員等が共同して利用者の身体状況等の評価及び個別機能訓練計画の作成していますか。	いる ・ いない
②	【加算Ⅰ】個別機能訓練計画に基づき、利用者の身体機能又は生活機能の向上を目的とする機能訓練の項目を準備し、機能訓練指導員等が利用者の心身の状況に応じた機能訓練を適切に提供していますか。	いる ・ いない
③	【加算Ⅰ】①の評価に基づき、個別機能訓練計画の進捗状況等を3月ごとに1回以上評価し、利用者又はその家族に対し、機能訓練の内容と個別機能訓練計画の進捗状況等を説明し、必要に応じて訓練内容の見直し等を行っていますか。	いる ・ いない
④	【加算Ⅱ】訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション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、当該事業所を訪問し、当該事業所の機能訓練指導員等が共同して利用者の身体状況等の評価及び個別機能訓練計画の作成を行っていますか。	いる ・ いない
⑤	【加算Ⅱ】個別機能訓練計画に基づき、利用者の身体機能又は生活機能の向上を目的とする機能訓練の項目を準備し、機能訓練指導員等が利用者の心身の状況に応じた機能訓練を適切に提供していますか。	いる ・ いない
⑥	【加算Ⅱ】①の評価に基づき、個別機能訓練計画の進捗状況等を3月ごとに1回以上評価し、利用者又はその家族に対し、機能訓練の内容と個別機能訓練計画の進捗状況等を説明し、必要に応じて訓練内容の見直し等を行っていますか。	いる ・ いない



「いない」と答えた場合は、基準違反です。早急に常勤の管理者を配置してください。

生活相談員配置等加算	1 なし      2 あり
------------	----------------

①	生活相談員を一名以上配置していますか。	いる ・ いない
②	地域に貢献する活動を行っていますか。	いる ・ いない



「いない」と答えた場合は、基準違反です。早急に常勤の管理者を配置してください。

ADL維持等加算	1 なし	2 あり（加算Ⅰ・加算Ⅱ・加算Ⅲ）
----------	------	-------------------

①	【加算Ⅰ】評価対象者(当該事業所又は当該施設の利用期間(「評価対象利用期間」という。))が6月を超える者をいう。以下同じ。)の総数が10人以上ですか。	いる ・ いない																
②	【加算Ⅰ】評価対象者全員について、評価対象利用期間の初月(以下「評価対象利用開始月」という。))と、当該月の翌月から起算して6月目(6月目にサービスの利用がない場合については当該サービスの利用があった最終の月)においてADLを評価し、その評価に基づく値(以下「ADL値」という。))を測定し、測定した日が属する月ごとに厚生労働省に当該測定を提出していますか。	いる ・ いない																
③	【加算Ⅰ】評価対象者の評価対象利用開始月の翌月から起算して6月目の月に測定したADL値から評価対象利用開始月に測定したADL値を控除して得た値を用いて一定の基準に基づき算出した値(以下「ADL利得」という。))の平均値が1以上ですか。	いる ・ いない																
④	【加算Ⅰ】ADLの評価は、一定の研修を受けた者により、Barthel Indexを用いて行っていますか。	いる ・ いない																
⑤	【加算Ⅰ】厚生労働省へのADL値の提出は、LIFEを用いて行っていますか。	いる ・ いない																
⑥	<p>【加算Ⅰ】ADL利得は、評価対象利用開始月の翌月から起算して6月目の月に測定したADL値から、評価対象利用開始月に測定したADL値を控除して得た値に、次の表の左欄に掲げる者に係る同表の中欄の評価対象利用開始月に測定したADL値に応じてそれぞれ同表の右欄に掲げる値を加えた値を平均して得た値ですか。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="4" style="width: 30%; vertical-align: top;">1 2以外の者</td> <td style="width: 40%;">ADL値が0以上 25 以下</td> <td style="width: 30%;">1</td> </tr> <tr> <td>ADL値が 30 以上 50 以下</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>ADL値が 55 以上 75 以下</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>ADL値が 80 以上 100 以下</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td rowspan="3" style="vertical-align: top;">2 評価対象利用開始月において、初回の要介護認定（法第 27 条第1項に規定する要介護認定をいう。）があった月から起算して12月以内である者</td> <td>ADL値が0以上 25 以下</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>ADL値が 30 以上 50 以下</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>ADL値が 55 以上 75 以下</td> <td>1</td> </tr> </table>	1 2以外の者	ADL値が0以上 25 以下	1	ADL値が 30 以上 50 以下	1	ADL値が 55 以上 75 以下	2	ADL値が 80 以上 100 以下	3	2 評価対象利用開始月において、初回の要介護認定（法第 27 条第1項に規定する要介護認定をいう。）があった月から起算して12月以内である者	ADL値が0以上 25 以下	0	ADL値が 30 以上 50 以下	0	ADL値が 55 以上 75 以下	1	いる ・ いない
1 2以外の者	ADL値が0以上 25 以下		1															
	ADL値が 30 以上 50 以下		1															
	ADL値が 55 以上 75 以下		2															
	ADL値が 80 以上 100 以下	3																
2 評価対象利用開始月において、初回の要介護認定（法第 27 条第1項に規定する要介護認定をいう。）があった月から起算して12月以内である者	ADL値が0以上 25 以下	0																
	ADL値が 30 以上 50 以下	0																
	ADL値が 55 以上 75 以下	1																
⑦	【加算Ⅰ】⑥においてADL利得の平均を計算するに当たって対象とする者は、ADL利得の多い順に、上位100分の10に相当する利用者（その数に1未満の端数が生じたときは、これを切り捨てるものとする。）及び下位100分の10に相当する利用者（その数に1未満の端数が生じたときは、これを切り捨てるものとする。）を除く利用者（以下「評価対象利用者」という。）ですか。	いる ・ いない																
⑧	【加算Ⅰ】他の施設や事業所が提供するリハビリテーションを併用している利用者については、リハビリテーションを提供している当該他の施設や事業所と連携してサービスを実施している場合に限り、ADL利得の評価対象利用者に含めていますか。	いる ・ いない																

⑨	【加算Ⅱ】①～②、④～⑧までに適合していますか。	いる ・ いない
⑩	【加算Ⅱ】評価対象者のADL利得の平均値が2以上ですか。	いる ・ いない
⑪	【加算Ⅲ】令和3年3月31日において現に、令和3年度介護報酬改定による改正前のADL維持等加算に係る届け出を行っている事業所であって、ADL維持等加算(1)、(2)に係る届け出を行っていませんか。 【令和5年3月31日までの経過措置】	いる ・ いない
⑫	この場合の算定要件等は、令和3年度介護報酬改定による改正前のADL維持等加算(Ⅰ)の要件を満たしていますか。	いる ・ いない



①～⑩、⑫で「いない」、⑪で「いる」と答えた場合は、基準違反です。早急に常勤の管理者を配置してください。

サービス提供体制強化加算	1 なし	2 あり(加算Ⅰ・加算Ⅱ・加算Ⅲ・加算Ⅲイ・加算Ⅲロ)
--------------	------	-----------------------------

①	【加算Ⅰ】事業所の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の70以上ですか。	いる ・ いない
②	【加算Ⅰ】事業所の介護職員の総数のうち、勤続年数10年以上の介護福祉士の占める割合が100分の25以上ですか。	いる ・ いない
③	【加算Ⅱ】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以上ですか。	いる ・ いない
④	【加算Ⅲ】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以上ですか。	いる ・ いない
⑤	【加算Ⅲ】利用者に直接提供する職員の総数のうち、勤続年数7年以上の者の占める割合が100分の30以上ですか。	いる ・ いない
⑥	【加算Ⅲイ】利用者に直接提供する職員の総数のうち、勤続年数7年以上の者の占める割合が100分の30以上ですか。	いる ・ いない
⑦	【加算Ⅲロ】利用者に直接提供する職員の総数のうち、勤続年数3年以上の者の占める割合が100分の30以上ですか。	いる ・ いない
⑧	【全加算共通】定員超過利用・人員基準欠如に該当していませんか。	いる ・ いない



①～⑦で「いない」、⑧で「いる」と答えた場合は、基準違反です。早急に常勤の管理者を配置してください。

介護職員処遇改善加算	1 なし	2 あり（加算Ⅰ・加算Ⅱ・加算Ⅲ）
------------	------	-------------------

①	【加算Ⅰ】介護職員の賃金(退職手当を除く。)の改善に要する費用の見込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。	いる ・ いない
②	【加算Ⅰ】①の賃金改善に関する計画、当該計画に係る実施期間及び実施方法その他の介護職員の処遇改善の計画等を記載した介護職員処遇改善計画書を作成し、全ての介護職員に周知し、二宮町長に届け出ていますか。また、届出に係る計画の期間中に実施する介護職員の処遇改善の内容(賃金改善に関するものを除く。)及び当該介護職員の処遇改善に要する費用の見込額を全ての職員に周知していますか。	いる ・ いない
③	【加算Ⅰ】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。(ただし、経営の悪化等により事業の継続が困難な場合、当該事業の継続を図るために介護職員の賃金水準(本加算による賃金改善分を除く。)を見直すことはやむを得ないが、その内容について二宮町長に届け出ていること。)	いる ・ いない
④	【加算Ⅰ】事業年度ごとに介護職員の処遇改善に関する実績を二宮町長に報告していますか。	いる ・ いない
⑤	【加算Ⅰ】算定日が属する月の前12月間において、労働基準法、労働者災害補償保険法、最低賃金法、労働安全衛生法、雇用保険法その他の労働に関する法令に違反し、罰金以上の刑に処せられていませんか。	いる ・ いない
⑥	【加算Ⅰ】労働保険料の納付が適正に行われていますか。	いる ・ いない
⑦	【加算Ⅰ】介護職員の任用の際における職責又は職務内容等の要件(介護職員の賃金に関するものを含む。)を定めていますか。また、書面をもって作成し、全ての介護職員に周知していますか。	いる ・ いない
⑧	【加算Ⅰ】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ますか。また、全ての介護職員に周知していますか。	いる ・ いない
⑨	【加算Ⅰ】介護職員の経験若しくは資格等に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ますか。また、書面をもって作成し、全ての介護職員に周知していますか。	いる ・ いない
⑩	【加算Ⅱ】①から⑧までに掲げる基準に適合していますか。	いる ・ いない
⑪	【加算Ⅲ】①から⑥までに掲げる基準に適合していますか。	いる ・ いない
⑫	【加算Ⅲ】介護職員の任用の際における職責又は職務内容等の要件(介護職員の賃金に関するものを含む。)を定めていますか。また、書面をもって作成し、全ての介護職員に周知していますか。	いる ・ いない
⑬	【加算Ⅲ】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ますか。また、全ての介護職員に周知していますか。	いる ・ いない



①～④、⑥～⑬で「いない」、⑤で「いる」と答えた場合は、基準違反です。早急に常勤の管理者を配置してください。

介護職員等特定処遇改善加算	1 なし	2 あり（加算Ⅰ・加算Ⅱ）
---------------	------	---------------

①	<p>【加算Ⅰ】介護職員その他の職員の賃金改善について、次に掲げる基準のいずれにも適合し、かつ、賃金改善に要する費用の見込額が介護職員等特定処遇改善加算の算定見込額を上回る賃金改善に関する計画を策定し、当該計画に基づき適切な措置を講じていますか。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・経験・技能のある介護職員のうち一人は、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等の理由により、当該賃金改善が困難である場合はこの限りでない。）。</li> <li>・事業所における経験・技能のある介護職員の賃金改善に要する費用の見込額の平均が、介護職員(経験・技能のある介護職員を除く。)の賃金改善に要する費用の見込額の平均を上回っていますか。</li> <li>・介護職員(経験・技能のある介護職員を除く。)の賃金改善に要する費用の見込額の平均が、介護職員以外の職員の賃金改善に要する費用の見込額の平均の2倍以上ですか（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ない。）。</li> <li>・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440万円を上回らないですか。</li> </ul>	<p>いる ・ いない</p>
②	<p>【加算Ⅰ】事業所において、賃金改善に関する計画、当該計画に係る実施期間及び実施方法その他の事業所の職員の処遇改善の計画等を記載した介護職員等特定処遇改善計画書を作成し、全ての職員に周知し、町長に届け出ていますか。</p>	<p>いる ・ いない</p>
③	<p>【加算Ⅰ】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（ただし、経営の悪化等により事業の継続が困難な場合、事業の継続を図るために事業所の職員の賃金水準(本加算による賃金改善分を除く。)を見直すことはやむを得ないが、その内容について町長に届け出ていること。）。</p>	<p>いる ・ いない</p>
④	<p>【加算Ⅰ】事業所において、事業年度ごとに事業所の職員の処遇改善に関する実績を町長に報告していますか。</p>	<p>いる ・ いない</p>
⑤	<p>【加算Ⅰ】地域密着型通所介護費におけるサービス提供体制強化加算(Ⅰ)又は(Ⅱ)のいずれかを届け出ていますか。</p>	<p>いる ・ いない</p>
⑥	<p>【加算Ⅰ】地域密着型通所介護費における介護職員処遇改善加算(Ⅰ)から(Ⅲ)までのいずれかを算定していますか。</p>	<p>いる ・ いない</p>
⑦	<p>【加算Ⅰ】②の届出に係る計画の期間中に実施する職員の処遇改善の内容(賃金改善に関するものを除く。)及び当該職員の処遇改善に要する費用の見込額を全ての職員に周知していますか。</p>	<p>いる ・ いない</p>
⑧	<p>【加算Ⅰ】⑦の処遇改善の内容等について、インターネットの利用その他の適切な方法により公表していますか。</p>	<p>いる ・ いない</p>
⑨	<p>【加算Ⅱ】①から④まで及び⑥から⑧までに掲げる基準のいずれにも適合していますか。</p>	<p>いる ・ いない</p>





「いない」と答えた場合は、基準違反です。早急に常勤の管理者を配置してください。

(5) 減算について

ア 職員の欠如による減算

職員の欠如による減算はありますか。 [A・Bのどちらかに○をつけてください。]

A ある ・ B ない

↓

上でBの場合、今回の運営状況点検書の「人員基準」欄は、全て基準以上ですか  
A はい ・ B いいえ

上記小枠Bに○がついた場合は、保険者に相談の上、過誤調整してください。

イ 利用定員の超過による減算

提出した運営規程に定められている利用定員を超えていませんか。  
[A・Bのどちらかに○をつけてください。]

A 超えている ・ B 超えていない

↓

上でAの場合、減算をおこなっていますか。  
A はい ・ B いいえ

上記小枠Bに○がついた場合は、保険者に相談の上、過誤調整してください。

ウ 送迎を行わない場合の減算

利用者の家族等が送迎を行う、又は事業所と同一建物に居住している等、事業者が送迎を実施していない場合がありますか。  
[A・Bのどちらかに○をつけてください。]

A ある ・ B ない

↓

上でAの場合、減算をおこなっていますか。  
A はい ・ B いいえ

上記小枠Bに○がついた場合は、保険者に相談の上、過誤調整してください。

エ 入浴を行わない場合の減算（療養通所介護のみ）

事業所内に入浴設備がない場合など事業所の都合によって入浴介助を実施しない場合がありますか。若しくは、サービス計画に入浴介助の提供が位置づけられている場合に、利用者側の事情により、サービス費を算定する月に入浴介助を1度も実施しなかったことがありますか。  
 [A・Bのどちらかに○をつけてください。]

A ある ・ B ない



上でAの場合、減算をおこなっていますか。  
 A はい ・ B いいえ



上記小枠Bに○がついた場合は、保険者に相談の上、過誤調整してください。

オ サービス提供が過少である場合の減算

心身の状況その他利用者のやむを得ない事情により、長時間のサービス利用が困難である利用者に対して、所要時間2時間以上3時間未満の指定地域密着型通所介護を行っていますか。  
 [A・Bのどちらかに○をつけてください。]

A ある ・ B ない



上でAの場合、減算をおこなっていますか。  
 A はい ・ B いいえ



上記小枠Bに○がついた場合は、保険者に相談の上、過誤調整してください。

カ 同一建物に居住する又は同一建物から通所する利用者に係る減算

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地域密着型通所介護事業所と同一建物から当該指定地域密着型通所介護事業所に通う者に対し、指定地域密着型通所介護を行った場合に、当該利用者について、所定単位数から減算していますか。  
 [A・Bのどちらかに○をつけてください。]

A ある ・ B ない



上でAの場合、減算をおこなっていますか。  
 A はい ・ B いいえ



上記小枠Bに○がついた場合は、保険者に相談の上、過誤調整してください。

以下は単位ごとに回答してください。（複数の単位がある場合はコピーして記入してください）

単位目

**V サービス提供に関する報告**

(1) 定員	人（町に届出ている定員を記入）
(2) サービス提供日 （該当する曜日に○）	月 火 水 木 金 土 日
(3) 利用者のサービス提供時間	サービス提供時間（町に届出ている時間） ： ～ ： （所要時間 時間 分）
	要介護請求単位（該当に○） 3-4    4-5    5-6    6-7 7-8    8-9

<注意点>

- 介護報酬の請求に不適切又は不正な内容が認められた場合、指定基準等の違反として指導等の対象となります。なお、重大な違反状態の場合には、指定取り消しとなる場合もありますので、十分な注意が必要です。

以上で終了です。お疲れさまでした。