

自己点検シート（単独型・併設型 認知症対応型通所介護 ・介護予防認知症対応型通所介護）

事業所名	
点検者職・氏名	
点検年月日	年 月 日

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

○該当しない項目については未記入のままにしてください。

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

○根拠条文について、「指定地域密着型サービス等の事業の人員、設備及び運営介護基準」を「基準」、「指定地域密着型介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準」を「予防基準」と記載する。

点検項目	確認事項	根拠条文	確認書類等	点検結果		
				適	不適	
Ⅰ 基本方針						
1	基本方針	要介護状態となった場合でも、利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、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家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るものとなっていますか。	基準第60条	・運営規程	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	介護予防	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、利用者の生活機能の維持又は向上を目指すものとなっていますか。	予防基準第4条		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ⅱ 人員基準						
2	従業者の員数	【生活相談員】 提供日ごとに、サービスを提供している時間帯に生活相談員が勤務している時間帯の合計数をサービス提供時間帯の時間帯で除して得た数が1以上となっていますか。 ※生活相談員は、社会福祉士・精神保健福祉士・介護支援専門員・介護福祉士・社会福祉主事任用資格を有する者又はこれらと同等以上の能力を有する者であること。	基準第61条 予防基準第5条 基準施行規則第21条	・勤務表 ・サービス記録 ・雇用契約書 ・資格の確認書類 ・就業規則 ・賃金台帳等 ・利用者数及び利用者の所要時間が分かる書類	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		【看護職員又は介護職員】 単位毎に、専ら当該サービスの提供に当たる看護職員（看護師又は准看護師）又は介護職員を1名以上配置していますか。 また、看護職員又は介護職員が勤務している時間帯の合計数をサービス提供時間帯で除した数が1以上となっていますか。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		【機能訓練指導員】 機能訓練指導員を1名以上配置していますか。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		機能訓練指導員は、必要な訓練を行う能力を有している者（※）が配置されていますか。 ※理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護師、准看護師、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	確認事項	根拠条文	確認書類等	点検結果	
				適	不適
	利用定員は、12人以下ですか。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	生活相談員、看護職員又は介護職員のうち1名以上は常勤となっていますか。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 管理者	管理者は常勤専従職員を配置していますか。	基準第62条 予防基準第6条		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	管理者が他の職務等を兼務している場合、業務に支障はないですか。 → 下記の事項について記載してください。 ・兼務の有無（有・無） ・当該事業所内で他職務と兼務している場合はその職務名 （ ） ・同一敷地等の他事業所と兼務している場合は事業所名、職務名、兼務事業所における1週間あたりの勤務時間数 事業所名：（ ） 職務名：（ ） 勤務時間：（ ）			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	次の研修を修了していますか。 認知症対応型サービス事業管理者研修（経過措置・みなし措置あり） → 適の場合、修了した研修名を記載してください。 （ ）			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ⅲ 設備基準					
4 設備及び備品等	【食堂及び機能訓練室】 合計の床面積は、3平方メートルに利用定員を乗じた面積以上となっていますか。 ※支障がない場合は、食堂及び機能訓練室は同一の場所とすることができる。	基準第63条 予防基準第7条	・平面図 ・設備、備品台帳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	【相談室】 相談の内容が漏えいしないよう配慮したものとなっていますか。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	消火設備その他の非常災害に際して必要な設備を備えていますか。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ⅳ 運営基準					
5 内容及び手続きの説明及び同意	サービスの提供の開始に際し、あらかじめ、利用申込者又はその家族に対し、重要事項に関する規程の概要、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記した文書を交付して説明を行い、当該提供の開始について利用申込者の同意を得ていますか。	基準第9条 予防基準第11条	・重要事項説明書 ・利用申込書（契約書等） ・同意に関する記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 提供拒否の禁止	正当な理由なくサービスの提供を拒んだことはありませんか。	基準第10条 予防基準第12条	・要介護度の分布が分かる資料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 サービス提供困難時の対応	自ら適切なサービス提供が困難な場合、当該利用申込者に係る居宅介護支援事業者への連絡、適当な他事業者等の紹介など必要な措置を速やかに取っていますか。	基準第11条 予防基準第13条		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 受給資格等の確認	サービスの提供を求められた場合は、その者の提示する被保険者証によって、被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間を確かめていますか。	基準第12条 予防基準第14条	・利用者に関する記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目		確認事項	根拠条文	確認書類等	点検結果	
					適	不適
9	要介護認定の申請に係る援助	要介護認定の更新の申請が、遅くとも当該利用者が受けている要介護認定の有効期間が終了する30日前にはなされるよう、必要な援助を行っていますか。	基準第13条 予防基準第15条	・利用者に関する記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	心身の状況等の把握	サービス担当者会議等を通じて利用者の心身の状況等の把握に努めていますか。	基準第67条 予防基準第16条	・サービス担当者会議の要点	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	居宅介護支援事業者等との連携	サービスを提供する場合又は提供の終了に際し、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密接な連携に努めていますか。	基準第15条 予防基準第17条	・情報提供に関する記録 ・指導、連絡等の記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	法定代理受領サービスの提供を受けるための援助	利用申込者又はその家族に対して、法定代理受領サービス（地域密着型介護予防サービス費の支給）について説明し、必要な援助を行っていますか。	基準第16条 予防基準第18条		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	居宅サービス計画に沿ったサービスの提供	居宅サービス計画が作成されている場合は、当該計画に沿ったサービスを提供していますか。	基準第17条 予防基準第19条	・居宅サービス計画書 ・認知症対応型通所介護計画書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	居宅サービス計画等の変更の援助	利用者が居宅サービス計画の変更を希望する場合は、必要な援助を行っていますか。	基準第18条 予防基準第20条		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	サービスの提供の記録	提供した具体的なサービスの内容等を記録していますか。	基準第20条 予防基準第21条	・サービス提供票、別表 ・業務日誌 ・認知症対応型通所介護計画書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	利用料等の受領	法定代理受領サービスの場合、利用者から利用者負担分の支払を受けていますか。	基準第68条 予防基準第22条	・サービス提供票、別表 ・領収書控 ・運営規程 ・重要事項説明書 ・車両運行日誌 ・説明文書 ・同意に関する記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		法定代理受領サービスである場合と、そうでない場合との間に不合理な差額を設けていませんか。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		下記の費用の額に係るサービスの提供に当たっては、予め利用者又はその家族に対し、当該サービス内容及び費用について説明を行い、利用者の同意を得ていますか。 ・ 利用者の選定により通常の事業の実施地域以外の地域に居住する利用者に対して行う送迎に要する費用 ・ 通常要する時間を超えるサービス提供で、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、通常のサービスに係る基準額を超える費用 ・ 食事の提供に要する費用 ・ おむつ代 ・ サービスのうち、日常生活においても通常必要となるものに係る費用であって、利用者負担とすることが適当な費用			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	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ではないサービスに係る利用料の支払いを受けた場合は、サービス提供証明書を利用者に交付していますか。	基準第22条 予防基準第23条	・サービス提供証明書控	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	指定認知症対応型通所介護の基本取扱方針	利用者の認知症の症状の進行の緩和に資するよう、目標を設定し、計画的に行われていますか。	基準第69条 予防基準第41条	・認知症対応型通所介護計画書 ・居宅サービス計画書 ・自己評価基準等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		自らその提供するサービスの質の評価を行い、常にその改善を図っていますか。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		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。	基準第70条 予防基準第42条		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	確認事項	根拠条文	確認書類等	点検結果	
				適	不適
19 指定認知症対応型通所介護の具体的取扱方針	利用者一人一人の人格を尊重し、利用者がそれぞれの役割を持って日常生活を送ることができるよう配慮して行っていますか。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	サービスの提供に当たっては、認知症対応型通所介護計画に基づき、漫然かつ画一的にならないように、利用者の機能訓練及びその者が日常生活を営むことができるよう必要な援助を行っていますか。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	サービスの提供に当たっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し、サービスの提供方法等について、理解しやすいように説明を行っていますか。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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を提供していますか。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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沿って適切に提供していますか。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 認知症対応型通所介護計画書の作成	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、具体的なサービスの内容等を記載した認知症対応型通所介護計画を作成していますか。	基準第71条 予防基準第42条	・認知症対応型通所介護計画書 ・居宅サービス計画書 ・利用者の記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	認知症対応型通所介護計画書は居宅サービス計画書に沿った内容となっていますか。また、必要に応じて変更していますか。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	認知症対応型通所介護計画書の内容について利用者又はその家族に説明を行い、利用者から同意を得ていますか。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	認知症対応型通所介護計画書を利用者に交付していますか。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	提供したサービスの実施状況や目標の達成状況の記録を行っていますか。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 指定介護予防認知症対応型通所介護の具体的取扱方針	従業者は、介護予防認知症対応型通所介護計画に基づくサービスの提供の開始時から、当該計画に記載したサービスの提供を行う期間が終了するまでに、少なくとも1回は、モニタリングを行っていますか。また、管理者は、モニタリングの結果を記録し、それを介護予防サービス計画を作成した介護予防支援事業者に報告していますか。	予防基準第42条	・モニタリングの記録 ・報告の記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 利用者に関する市町村への通知	利用者が、正当な理由なしに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は、その旨を市町村に通知していますか。	基準第28条 予防基準第24条	・市町村に送付した通知に係る記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	利用者が、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は、その旨を市町村に通知していますか。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 緊急時等の対応	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。	基準第29条 予防基準第25条	・連絡体制に関する書類	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24 管理者の責務	管理者は、介護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。	基準第72条 予防基準第26条	・組織図、組織規程 ・業務分担表 ・業務報告書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	介護従業者に必要な指揮命令を行っていますか。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	確認事項	根拠条文	確認書類等	点検結果	
				適	不適
25	運営規程 次に掲げる事業の運営についての重要事項に関する規程を定めていますか。 ・事業の目的及び運営の方針 ・従業者の職種、員数及び職務内容 ・営業日及び営業時間 ・利用定員 ・サービスの内容及び利用料その他の費用の額 ・通常の事業の実施地域 ・サービス利用に当たっての留意事項 ・緊急時等における対応方法 ・非常災害対策 ・その他運営に関する重要事項	基準第73条 予防基準第27条	・運営規程	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	勤務体制の確保等 利用者に対し、適切な指定認知症対応型通所介護を提供できるよう、従業者の勤務の体制を定めていますか。	基準第74条 予防基準第28条	・就業規則 ・運営規程 ・雇用契約書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	事業所の従業者によってサービスを提供していますか。ただし、利用者の処遇に直接影響を及ぼさない業務は、この限りではありません。		・研修計画 ・研修に係る資料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	介護従業者の資質の向上のために、その研修の機会を確保していますか。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27	定員の遵守 利用定員を超えてサービスの提供を行っていませんか。ただし、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。	基準第75条 予防基準第29条	・利用者名簿 ・運営規程	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	非常災害対策 非常災害に関する具体的計画を立て、関係機関との連携体制等の整備を行っていますか。また非常災害に備えるため、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行っていますか。	基準第76条 予防基準第30条	・消防計画 ・避難訓練等の実施記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	衛生管理等 利用者の使用する施設、食器その他の設備・飲料水について、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。	基準第77条 予防基準第31条	・水質検査等の記録 ・受水槽、浴槽等の清掃記録 ・衛生管理マニュアル	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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。特に、インフルエンザ対策、腸管出血性大腸菌感染症対策、レジオネラ症対策等については、別途発出されている通知に基づき、適切な措置を講じていますか。		・感染症対策マニュアル等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30	掲示 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。	基準第34条 予防基準第32条		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31	秘密保持等 従業者は、正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らしていませんか。	基準第35条 予防基準第33条	・従業員との取り決め ・利用者又は家族の同意書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	従業者であった者が、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すことがないよう、必要な措置を講じていますか。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32	広告 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。	基準第36条 予防基準第34条		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33	居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、利用者に特定の事業者によるサービスを利用させることへの対償として、金品その他の財産上の利益を供与していませんか。	基準第37条 予防基準第35条		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目		確認事項	根拠条文	確認書類等	点検結果	
					適	不適
34	苦情処理	提供した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。	基準第38条 予防基準第36条	<ul style="list-style-type: none"> ・運営規程 ・苦情に関する記録 ・苦情対応マニュアル ・苦情に対する対応結果記録 ・指導等に関する改善記録 ・市町村への報告記録 ・国保連からの指導に対する改善記録 ・国保連への報告書 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		苦情を受け付けた場合には、当該苦情の内容等を記録していますか。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		苦情がサービスの質の向上を図る上での重要な情報であるとの認識に立ち、苦情の内容を踏まえ、サービスの質の向上に向けた取組を自ら行っていますか。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		提供したサービスに関し、市町村が行う文書その他の物件の提出等に応じ、及び市町村が行う調査に協力するとともに、市町村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。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		市町村からの求めがあった場合には、改善内容を市町村に報告していますか。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		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の指導又は助言を受けた場合においては、当該指導又は助言に従って必要な改善を行っていますか。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		国民健康保険団体連合会からの求めがあった場合には、改善内容を国民健康保険団体連合会に報告していますか。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35	地域との連携等	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。	基準第78条 予防基準第39条		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		事業の運営に当たっては、提供したサービスに関する利用者からの苦情に関して、市町村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努めていますか。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36	事故発生時の対応	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、市町村、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うとともに、必要な措置を講じていますか。また、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。（過去に事故が発生していない場合、発生したときに備えて、市町村、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への連絡や、必要な措置、事故の状況・処置について記録をする体制を整えていますか。） →事故事例の有無： 有 ・ 無	基準第40条 予防基準第37条	<ul style="list-style-type: none"> ・事故対応マニュアル ・事故に関する記録 ・事故発生報告書 ・損害賠償関係書類 ・再発防止検討記録 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		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。（賠償すべき事故が発生したことがない場合、損害賠償を速やかに行える体制を整えていますか。） →損害賠償保険への加入： 有 ・ 無			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		事故が生じた際には原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じていますか。（過去に事故が生じていない場合、事故に備えて対策を講じていますか。）			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37	会計の区分	他の事業との会計を区分していますか。	基準第41条 予防基準第38条	・会計関係書類	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		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。	基準第79条 予防基準第40条		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目		確認事項	根拠条文	確認書類等	点検結果	
					適	不適
38	記録の整備	<p>利用者に対するサービスの提供に関する次に掲げる記録を整備し、その完結の日から2年間保存していますか。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 認知症対応型通所介護計画 ・ 提供した具体的なサービスの内容等の記録 ・ 利用者に関する市町村への通知に係る記録 ・ 苦情の内容等の記録 ・ 事故の状況及び事故に際して採った処置についての記録 		<ul style="list-style-type: none"> ・ 認知症対応型通所介護計画書 ・ サービス提供記録 ・ 市町村への通知に係る記録 ・ 苦情の記録 ・ 事故の記録 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V 変更の届出等						
39	変更の届出等	<p>事業者は、当該指定に係る事業所の名称及び所在地その他厚生労働省令で定める事項に変更があったとき、又は当該認知症対応型通所介護事業を廃止し、休止し、若しくは再開したときは、厚生労働省令で定めるところにより、10日以内に、その旨を本市に届け出ますか。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 事業所の名称及び所在地 ・ 申請者の名称及び主たる事務所の所在地並びにその代表者の氏名、生年月日、住所及び職名 ・ 申請者の定款、寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等 ・ 事業所の平面図及び設備の概要 ・ 事業所の管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴 ・ 運営規程 ・ 認知症対応型通所介護費の請求に関する事項 ・ 役員の氏名、生年月日及び住所 	<p>介護保険法第78条の5、第115条の14 介護保険法施行規則第131条の10、第140条の24</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 届出書類の控 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

603 認知症対応型通所介護費

点検項目	点検事項	点検結果	
7～9時間の前後に行う日常生活上の世話	7時間以上9時間未満のサービス提供	<input type="checkbox"/> 実施	
	9時間以上10時間未満	<input type="checkbox"/> 50単位	
	10時間以上11時間未満	<input type="checkbox"/> 100単位	
	11時間以上12時間未満	<input type="checkbox"/> 150単位	
	12時間以上13時間未満	<input type="checkbox"/> 200単位	
	13時間以上14時間未満	<input type="checkbox"/> 250単位	
入浴加算	入浴介助を適切に行うことのできる人員及び設備	<input type="checkbox"/> 満たす	
	通所計画上の位置づけ	<input type="checkbox"/> あり	
	入浴介助の実施	<input type="checkbox"/> 実施	
個別機能訓練加算	個別機能訓練開始時の利用者への説明	<input type="checkbox"/> あり	
	1日120分以上、専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等を1名以上配置	<input type="checkbox"/> 配置	
	多職種協働による個別機能訓練計画の作成	<input type="checkbox"/> 実施	個別機能訓練計画
	計画に基づく機能訓練の実施	<input type="checkbox"/> 実施	
	効果、実施方法に対する評価の実施	<input type="checkbox"/> 実施	
	個別機能訓練計画の内容説明、記録	<input type="checkbox"/> 3月に1回以上実施	
	個別機能訓練に関する記録の保管、閲覧への対応	<input type="checkbox"/> あり	

点検項目	点検事項	点検結果	
若年性認知症 利用者受入加算	若年性認知症利用者ごとに個別に担当者を定める	<input type="checkbox"/> 該当	
	担当者中心に利用者の特性やニーズに応じた適切なサービス提供	<input type="checkbox"/> 実施	
栄養改善加算	管理栄養士を1名以上配置	<input type="checkbox"/> 配置	
	管理栄養士、看護・介護職員等が共同して栄養ケア計画を作成	<input type="checkbox"/> あり	栄養ケア計画(参考様式)
	利用者等に対する計画の説明及び同意	<input type="checkbox"/> あり	
	計画に基づく栄養改善サービスの提供、栄養状態等の記録	<input type="checkbox"/> あり	栄養ケア提供経過記録 (参考様式)
	栄養ケア計画の評価、介護支援専門員等に対する情報提供	<input type="checkbox"/> 3月ごとに実施	栄養ケアモニタリング (参考様式)
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> あり	
	月の算定回数	<input type="checkbox"/> 2回以下	
	低栄養状態又はそのおそれがあり、栄養改善サービス提供が必要と認められる者	<input type="checkbox"/> 該当	
問題を有する者の適宜確認	<input type="checkbox"/> 該当		

点検項目	点検事項	点検結果	
口腔機能向上加算	言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員を1名以上配置	<input type="checkbox"/> 配置	
	言語聴覚士、歯科衛生士、看護・介護職員等による口腔機能改善管理指導計画の作成	<input type="checkbox"/> なし	口腔機能改善管理指導計画・実施記録(参考様式)
	認定調査票の嚥下・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、基本チェックリストの口腔機能に関する(13)(14)(15)の3項目のうち2項目以上が「1」に該当する者又は、その他口腔機能の低下している者(おそれのある者含む)	<input type="checkbox"/> 該当	
	必要に応じて、介護支援専門員を通じ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る	<input type="checkbox"/> 該当	
	歯科医療を受診していない	<input type="checkbox"/> 該当	
	歯科医療を受診している場合		
	・医療保険の摂食機能療法の算定していない	<input type="checkbox"/> 該当	
	・摂食・嚥下機能に関する訓練の指導若しくは実施をしている	<input type="checkbox"/> 該当	
	利用者等に対する計画の説明及び同意	<input type="checkbox"/> あり	
	計画に基づく言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員による口腔機能向上サービスの提供、定期的な記録作成	<input type="checkbox"/> あり	口腔機能改善管理指導計画・実施記録(参考様式)
利用者毎の計画の進捗状況を定期的に評価、ケアマネ等への情報提供	<input type="checkbox"/> 三月ごとに実施	口腔機能向上サービスのモニタリング(参考様式)	
定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> あり		
月の算定回数	<input type="checkbox"/> 2回以下		

点検項目	点検事項	点検結果	
同一建物に対する減算	事業所と同一建物に居住する者又は同一建物から通う者に対し通所介護を行った場合 (ただし、傷病、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送迎を行った場合は、この限りではない)	<input type="checkbox"/> 該当	
送迎未実施にかかる減算	居宅と事業所との間の送迎を行わない利用者	<input type="checkbox"/> あり	
	同一建物に対する減算の対象になっていない	<input type="checkbox"/> ー	
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ	介護職員総数のうち介護福祉士の占める割合が5割以上 ※ 割合の算出に当たっては、常勤換算方法により算出した前年度の平均を用いることとする。また、前年度実績が6月を満たさない場合は、届出日に属する月の前3月について常勤換算方法により算出した平均を用いるが、その場合、所定の割合を維持し、毎月記録している……(Ⅰ)ロ・(Ⅱ)にも準用	<input type="checkbox"/> 該当	
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	
	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)ロ・(Ⅱ)を算定していない	<input type="checkbox"/> 該当	
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)ロ	介護職員総数のうち介護福祉士の占める割合が4割以上 …職員の割合の算出については(Ⅰ)イの※を参照	<input type="checkbox"/> 該当	
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	
	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ・(Ⅱ)を算定していない	<input type="checkbox"/> 該当	
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	直接処遇職員のうち勤続年数3年以上の者の占める割合が3割以上 …職員の割合の算出については(Ⅰ)イの※を参照	<input type="checkbox"/> 該当	
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	
	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ・ロを算定していない	<input type="checkbox"/> 該当	

点検項目	点検事項	点検結果		
介護職員 処遇改善加算 (I)	(1) 介護職員の賃金改善の費用の見込み額が、改善加算の算定見込み額を上回る計画を策定し、適切な措置を講じている	<input type="checkbox"/> 該当	改善計画書	
	(2) (1)の介護職員処遇改善計画書を作成、全ての介護職員に周知し、市に届け出ている	<input type="checkbox"/> 該当	改善計画書	
	(3) 処遇改善加算の算定額に相当する賃金改善を実施	<input type="checkbox"/> 該当		
	(4) 事業年度毎に職員の処遇改善実績を市に報告	<input type="checkbox"/> 該当	実績報告書	
	(5) 算定日が属する月の前十二月間に、労働基準法等の法令に違反しておらず、労働保険料の納付を適正に実施	<input type="checkbox"/> 該当		
	(6)	(一) 介護職員の任用における職責又は職務内容等の要件(賃金関係を含む)を定めている	<input type="checkbox"/> 該当	
		(二) (一)の要件について書面を作成し、全ての介護職員に周知	<input type="checkbox"/> 該当	
		(三) 介護職員の資質の向上の支援に関する計画を策定し、当該計画に係る研修の実施又は研修の機会を確保	<input type="checkbox"/> 該当	研修計画書
		(四) (三)の要件について全ての介護職員に周知	<input type="checkbox"/> 該当	
	(7) 平成27年4月から(2)の届出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(賃金改善を除く)、改善に要した費用を全介護職員に周知	<input type="checkbox"/> 該当		
(8) 介護職員処遇改善加算(Ⅱ)、(Ⅲ)又は(Ⅳ)を算定していない	<input type="checkbox"/> 該当			

点検項目	点検事項	点検結果				
介護職員処遇改善加算 (Ⅱ)	(1) 介護職員の賃金改善の費用の見込み額が、改善加算の算定見込み額を上回る計画を策定し、適切な措置を講じている	<input type="checkbox"/> 該当	改善計画書			
	(2) (1)の介護職員処遇改善計画書を作成、全ての介護職員に周知し、市に届け出ている。	<input type="checkbox"/> 該当	改善計画書			
	(3) 処遇改善加算の算定額に相当する賃金改善を実施	<input type="checkbox"/> 該当				
	(4) 事業年度毎に職員の処遇改善実績を市に報告	<input type="checkbox"/> 該当	実績報告書			
	(5) 算定日が属する月の前十二月間に、労働基準法等の法令に違反しておらず、労働保険料の納付を適正に実施	<input type="checkbox"/> 該当				
	(6)	(一) 介護職員の任用における職責又は職務内容等の要件(賃金関係を含む)を定めている	<input type="checkbox"/>	いずれか該当		
		(二) (一)の要件について書面を作成し、全ての介護職員に周知				
		(三) 介護職員の資質の向上の支援に関する計画を策定し、当該計画に係る研修の実施又は研修の機会を確保			<input type="checkbox"/>	研修計画書
		(四) (三)の要件について全ての介護職員に周知				
	(7) 平成20年10月から(2)の届出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(賃金改善を除く)、改善に要した費用を全介護職員に周知	<input type="checkbox"/> 該当				
(8) 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)、(Ⅲ)又は(Ⅳ)を算定していない	<input type="checkbox"/> 該当					

点検項目	点検事項	点検結果	
介護職員処遇改善加算 (Ⅲ)	(1) 介護職員の賃金改善の費用の見込み額が、改善加算の算定見込み額を上回る計画を策定し、適切な措置を講じている	<input type="checkbox"/> 該当	改善計画書
	(2) (1)の介護職員処遇改善計画書を作成、全ての介護職員に周知し、市に届け出ている。	<input type="checkbox"/> 該当	改善計画書
	(3) 処遇改善加算の算定額に相当する賃金改善を実施	<input type="checkbox"/> 該当	
	(4) 事業年度毎に職員の処遇改善実績を市に報告	<input type="checkbox"/> 該当	実績報告書
	(5) 算定日が属する月の前十二月間に、労働基準法等の法令に違反しておらず、労働保険料の納付を適正に実施	<input type="checkbox"/> 該当	
	(6) (一) 介護職員の任用における職責又は職務内容等の要件(賃金関係を含む)を定めている	<input type="checkbox"/> いずれか該当	
	(二) (一)の要件について書面を作成し、全ての介護職員に周知		
(三) 介護職員の資質の向上の支援に関する計画を策定し、当該計画に係る研修の実施又は研修の機会を確保			
(四) (三)の要件について全ての介護職員に周知			
平成20年10月から(2)の届出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(賃金改善を除く)、改善に要した費用を全介護職員に周知	<input type="checkbox"/>		
(7) 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)、(Ⅱ)又は(Ⅳ)を算定していない	<input type="checkbox"/> 該当		
介護職員処遇改善加算 (Ⅳ)	(1) 介護職員の賃金改善の費用の見込み額が、改善加算の算定見込み額を上回る計画を策定し、適切な措置を講じている	<input type="checkbox"/> 該当	改善計画書
	(2) (1)の介護職員処遇改善計画書を作成、全ての介護職員に周知し、市に届け出ている。	<input type="checkbox"/> 該当	改善計画書
	(3) 処遇改善加算の算定額に相当する賃金改善を実施	<input type="checkbox"/> 該当	
	(4) 事業年度毎に職員の処遇改善実績を市に報告	<input type="checkbox"/> 該当	実績報告書
	(5) 算定日が属する月の前十二月間に、労働基準法等の法令に違反しておらず、労働保険料の納付を適正に実施	<input type="checkbox"/> 該当	
	(6) 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)、(Ⅱ)又は(Ⅲ)を算定していない	<input type="checkbox"/> 該当	

701 介護予防認知症対応型通所介護費

点検項目	点検事項	点検結果	
7～9時間の前後に行 う日常生活上の世話	7時間以上9時間未満のサービス提供	<input type="checkbox"/> 実施	
	9時間以上10時間未満	<input type="checkbox"/> 50単位	
	10時間以上11時間未満	<input type="checkbox"/> 100単位	
	11時間以上12時間未満	<input type="checkbox"/> 150単位	
	12時間以上13時間未満	<input type="checkbox"/> 200単位	
	12時間以上14時間未満	<input type="checkbox"/> 250単位	
入浴加算	入浴介助を適切に行うことのできる人員及び設備	<input type="checkbox"/> 満たす	
	通所計画上の位置づけ	<input type="checkbox"/> あり	
	入浴介助の実施	<input type="checkbox"/> 実施	
若年性認知症 利用者受入加算	若年性認知症利用者ごとに個別に担当者を定める	<input type="checkbox"/> 該当	
	担当者中心に利用者の特性やニーズに応じた適切なサービス提供	<input type="checkbox"/> 実施	

点検項目	点検事項	点検結果	
個別機能訓練加算	個別機能訓練開始時の利用者への説明	<input type="checkbox"/> あり	
	1日120分以上、専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等を1名以上配置	<input type="checkbox"/> 配置	
	多職種協働による個別機能訓練計画の作成	<input type="checkbox"/> 実施	個別機能訓練計画
	計画に基づく機能訓練の実施	<input type="checkbox"/> 実施	
	効果、実施方法に対する評価の実施	<input type="checkbox"/> 実施	
	個別機能訓練計画の内容説明、記録	<input type="checkbox"/> 三月に1回以上実施	
	個別機能訓練に関する記録の保管、閲覧への対応	<input type="checkbox"/> あり	
栄養改善加算	管理栄養士を1名以上配置	<input type="checkbox"/> 配置	
	管理栄養士、看護・介護職員等が共同して栄養ケア計画を作成	<input type="checkbox"/> あり	栄養ケア計画(参考様式)
	利用者等に対する計画の説明及び同意	<input type="checkbox"/> あり	
	計画に基づく栄養改善サービスの提供、栄養状態等の記録	<input type="checkbox"/> あり	栄養ケア提供経過記録(参考様式)
	栄養ケア計画の評価、介護支援専門員等に対する情報提供	<input type="checkbox"/> 三月ごとに実施	栄養ケアモニタリング(参考様式)
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> あり	
	低栄養状態又はそのおそれがあり、栄養改善サービス提供が必要と認められる者	<input type="checkbox"/> 該当	
	問題を有する者の適宜確認	<input type="checkbox"/> 該当	

点検項目	点検事項	点検結果	
口腔機能向上加算	言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員を1名以上配置	<input type="checkbox"/> 配置	
	言語聴覚士、歯科衛生士、看護・介護職員等による口腔機能改善管理指導計画の作成	<input type="checkbox"/> なし	口腔機能改善管理指導計画・実施記録(参考様式)
	認定調査票の嚥下・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、基本チェックリストの口腔機能に関する(13)(14)(15)の3項目のうち2項目以上が「1」に該当する者又は、その他口腔機能の低下している者(おそれのある者含む)	<input type="checkbox"/> 該当	
	必要に応じて、介護支援専門員を通じ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る	<input type="checkbox"/> 該当	
	歯科医療を受診していない	<input type="checkbox"/> 該当	
	歯科医療を受診している場合		
	・医療保険の摂食機能療法の算定していない	<input type="checkbox"/> 該当	
	・摂食・嚥下機能に関する訓練の指導若しくは実施をしている	<input type="checkbox"/> 該当	
	利用者等に対する計画の説明及び同意	<input type="checkbox"/> あり	
	計画に基づく言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員による口腔機能向上サービスの提供、定期的な記録作成	<input type="checkbox"/> あり	口腔機能改善管理指導計画・実施記録(参考様式)
	利用者毎の計画の進捗状況を定期的に評価、ケアマネ等への情報提供	<input type="checkbox"/> 三月ごとに実施	口腔機能向上サービスのモニタリング(参考様式)
定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> あり		

点検項目	点検事項	点検結果	
同一建物に対する減算	事業所と同一建物に居住する者又は同一建物から通う者に対し通所介護を行った場合 (ただし、傷病、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送迎を行った場合は、この限りではない)	<input type="checkbox"/> 該当	
送迎未実施にかかる減算	居宅と事業所との間の送迎を行わない利用者	<input type="checkbox"/> あり	
	同一建物に対する減算の対象になっていない	<input type="checkbox"/> ー	
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ	介護職員総数のうち介護福祉士の占める割合が5割以上 ※ 割合の算出に当たっては、常勤換算方法により算出した前年度の平均を用いることとする。また、前年度実績が6月を満たさない場合は、届出日に属する月の前3月について常勤換算方法により算出した平均を用いるが、その場合、所定の割合を維持し、毎月記録している……(Ⅰ)ロ・(Ⅱ)にも準用	<input type="checkbox"/> 該当	
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	
	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)ロ・(Ⅱ)を算定していない	<input type="checkbox"/> 該当	
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)ロ	介護職員総数のうち介護福祉士の占める割合が4割以上 …職員の割合の算出については(Ⅰ)イの※を参照	<input type="checkbox"/> 該当	
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	
	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ・(Ⅱ)を算定していない	<input type="checkbox"/> 該当	
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	直接処遇職員のうち勤続年数3年以上の者の占める割合が3割以上 …職員の割合の算出については(Ⅰ)イの※を参照	<input type="checkbox"/> 該当	
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	
	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ・ロを算定していない	<input type="checkbox"/> 該当	

点検項目	点検事項	点検結果		
介護職員 処遇改善加算 (I)	(1) 介護職員の賃金改善の費用の見込み額が、改善加算の算定見込み額を上回る計画を策定し、適切な措置を講じている	<input type="checkbox"/> 該当	改善計画書	
	(2) (1)の介護職員処遇改善計画書を作成、全ての介護職員に周知し、市に届け出ている	<input type="checkbox"/> 該当	改善計画書	
	(3) 処遇改善加算の算定額に相当する賃金改善を実施	<input type="checkbox"/> 該当		
	(4) 事業年度毎に職員の処遇改善実績を市に報告	<input type="checkbox"/> 該当	実績報告書	
	(5) 算定日が属する月の前十二月間に、労働基準法等の法令に違反しておらず、労働保険料の納付を適正に実施	<input type="checkbox"/> 該当		
	(6)	(一) 介護職員の任用における職責又は職務内容等の要件(賃金関係を含む)を定めている	<input type="checkbox"/> 該当	
		(二) (一)の要件について書面を作成し、全ての介護職員に周知	<input type="checkbox"/> 該当	
		(三) 介護職員の資質の向上の支援に関する計画を策定し、当該計画に係る研修の実施又は研修の機会を確保	<input type="checkbox"/> 該当	研修計画書
		(四) (三)の要件について全ての介護職員に周知	<input type="checkbox"/> 該当	
	(7) 平成27年4月から(2)の届出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(賃金改善を除く)、改善に要した費用を全介護職員に周知	<input type="checkbox"/> 該当		
(8) 介護職員処遇改善加算(Ⅱ)、(Ⅲ)又は(Ⅳ)を算定していない	<input type="checkbox"/> 該当			

点検項目	点検事項	点検結果				
介護職員処遇改善加算 (Ⅱ)	(1) 介護職員の賃金改善の費用の見込み額が、改善加算の算定見込み額を上回る計画を策定し、適切な措置を講じている	<input type="checkbox"/> 該当	改善計画書			
	(2) (1)の介護職員処遇改善計画書を作成、全ての介護職員に周知し、市に届け出ている。	<input type="checkbox"/> 該当	改善計画書			
	(3) 処遇改善加算の算定額に相当する賃金改善を実施	<input type="checkbox"/> 該当				
	(4) 事業年度毎に職員の処遇改善実績を市に報告	<input type="checkbox"/> 該当	実績報告書			
	(5) 算定日が属する月の前十二月間に、労働基準法等の法令に違反しておらず、労働保険料の納付を適正に実施	<input type="checkbox"/> 該当				
	(6)	(一) 介護職員の任用における職責又は職務内容等の要件(賃金関係を含む)を定めている	<input type="checkbox"/>	いずれか該当		
		(二) (一)の要件について書面を作成し、全ての介護職員に周知				
		(三) 介護職員の資質の向上の支援に関する計画を策定し、当該計画に係る研修の実施又は研修の機会を確保			<input type="checkbox"/>	研修計画書
		(四) (三)の要件について全ての介護職員に周知				
	(7) 平成20年10月から(2)の届出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(賃金改善を除く)、改善に要した費用を全介護職員に周知	<input type="checkbox"/> 該当				
(8) 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)、(Ⅲ)又は(Ⅳ)を算定していない	<input type="checkbox"/> 該当					

点検項目	点検事項	点検結果	
介護職員処遇改善加算 (Ⅲ)	(1) 介護職員の賃金改善の費用の見込み額が、改善加算の算定見込み額を上回る計画を策定し、適切な措置を講じている	<input type="checkbox"/> 該当	改善計画書
	(2) (1)の介護職員処遇改善計画書を作成、全ての介護職員に周知し、市に届け出ている。	<input type="checkbox"/> 該当	改善計画書
	(3) 処遇改善加算の算定額に相当する賃金改善を実施	<input type="checkbox"/> 該当	
	(4) 事業年度毎に職員の処遇改善実績を市に報告	<input type="checkbox"/> 該当	実績報告書
	(5) 算定日が属する月の前十二月間に、労働基準法等の法令に違反しておらず、労働保険料の納付を適正に実施	<input type="checkbox"/> 該当	
	(6) (一) 介護職員の任用における職責又は職務内容等の要件(賃金関係を含む)を定めている	<input type="checkbox"/>	
	(二) (一)の要件について書面を作成し、全ての介護職員に周知		
(6) (三) 介護職員の資質の向上の支援に関する計画を策定し、当該計画に係る研修の実施又は研修の機会を確保	<input type="checkbox"/>	いずれか該当	
(四) (三)の要件について全ての介護職員に周知			
	平成20年10月から(2)の届出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(賃金改善を除く)、改善に要した費用を全介護職員に周知	<input type="checkbox"/>	
	(7) 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)、(Ⅱ)又は(Ⅳ)を算定していない	<input type="checkbox"/> 該当	
介護職員処遇改善加算 (Ⅳ)	(1) 介護職員の賃金改善の費用の見込み額が、改善加算の算定見込み額を上回る計画を策定し、適切な措置を講じている	<input type="checkbox"/> 該当	改善計画書
	(2) (1)の介護職員処遇改善計画書を作成、全ての介護職員に周知し、市に届け出ている。	<input type="checkbox"/> 該当	改善計画書
	(3) 処遇改善加算の算定額に相当する賃金改善を実施	<input type="checkbox"/> 該当	
	(4) 事業年度毎に職員の処遇改善実績を市に報告	<input type="checkbox"/> 該当	実績報告書
	(5) 算定日が属する月の前十二月間に、労働基準法等の法令に違反しておらず、労働保険料の納付を適正に実施	<input type="checkbox"/> 該当	
	(6) 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)、(Ⅱ)又は(Ⅲ)を算定していない	<input type="checkbox"/> 該当	

『 従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表 』の記載方法

- ① 当該月の曜日を記入する。
- ② 全従業者(管理者・相談員・介護職員・看護職員等、常勤・非常勤の別を問わず全て)について、その日のサービス提供時間内における勤務時間数をマス目に記入する。なお、兼務者については、それぞれの職種毎に別立てで記入する。
また、人員基準に定める職員と各種加算を算定するために配置する職員についても別立てで記入する。
- ③ 勤務形態は、A:常勤で専従 B:常勤で兼務 C:常勤以外で専従 D:常勤以外で兼務 とすること。
※常勤とは、当該施設における勤務時間数が、当該施設において定められている常勤の者が勤務すべき時間数に達していることをいう。
- ④ 資格を有する職員については、その資格名を記入すること。また複数の職務に従事している場合についても、その職種名を記入すること。
(当該認知症対応型通所介護事業所以外の職務に従事している場合も記入すること。)
- ⑤ 勤務をシフト制としている事業所については、シフトごとに各マス目に背景色を付ける。
(例) 8:30~17:30(■青色) 9:00~16:00(■黄色) 10:30~19:30(■オレンジ) 9:00~14:00(■緑色)
11:00~12:00 14:00~15:00(■桃色)
- ⑥ 日毎の利用者数を記入すること。

従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表 (〇〇年●●月分) 単独型・併設型

サービス種類 (認知症対応型通所介護)
(介護予防認知症対応型通所介護)

常勤であること。また専らその職務に従事する者であること。 別機能訓練加算 (あり)・なし サービス提供日 (月) (火) (水) (木) (金) (土) 日 事業所名 (○×△認知症デイサービスセンター)

勤務形態	氏名	第1週							第2週							第3週							第4週							4週の合計	週平均の勤務時間	資格	兼務状況 (当該事業所に限らず)
		1月	2火	3水	4木	5金	6土	7日	8月	9火	10水	11木	12金	13土	14日	15月	16火	17水	18木	19金	20土	21日	22月	23火	24水	25木	26金	27土	28日				
管理者	A 北茨城 一郎	8	8	8	8	8												8												160	40	介護福祉士	介護福祉士
生活相談員	A 北茨城 二郎	8	8		8	8	8											8	8			8	8	8						160	40	社会福祉士	社会福祉士
生活相談員	C 北茨城 花子		4	8	4													4				4	8	4			4			80	20	社会福祉主事	社会福祉主事
相談員業務に係る相談員の勤務時間合計		6	12	8	12	8	12										8	12	8	12	8	12							240	52			
介護職員	A 北茨城 三郎	8		8	8	8	8			8		8	8	8	8		8		8	8	8	8			8		8	8	8	160	40	介護福祉士	介護福祉士
介護職員	C 北茨城 花子						4										4		4			4			4			4		48	12		
介護職員	C 北茨城 四郎	8	8	8													8	8	8					8	8	8				96	24	ヘルパー2級	ヘルパー2級
介護職員	C 北茨城 五郎		8			8	8										8				8	8			8		8	8		96	24	ヘルパー1級	ヘルパー1級
看護職員	C 北茨城 咲子	4	4		4	4			4	4		4		4		4	4		4		4	4		4	4		4	4		64	16	看護師	看護師
看護職員	C 北茨城 華絵	6		4	6	4			6		4	6	4			6		4	6	4			6		4	6	4			80	20	准看護師	准看護師
通常業務に係る職員の勤務時間合計		26	24	20	22	20	24										26	24	20	22	20	24							544	136			
機能訓練指導員	C 北茨城 咲子	2	2		2		2										2		2			2			2		2			32	8	看護師	看護職員兼務
機能訓練指導員	C 北茨城 華絵			2		2											2		2					2		2				16	4	准看護師	看護職員兼務
管理栄養士	C 北茨城 咲恵	4	4	4	4	4			4	4	4	4	4			4	4	4	4			4	4	4	4	4				80	20	管理栄養士	併設特養 管理栄養士兼務
各種加算算定に係る職員の勤務時間合計		6	6	6	6	6	2									6	6	6	6	2									128	32			
日毎の利用者数		11	12	10	10	12	8			10	9	9	11	12	9		11	11	12	12	10	8			12	12	10	11	9	9			

サービス提供日ごとに、サービスを提供している時間帯に生活相談員が勤務している時間帯の合計数を、当該サービスを提供している時間帯の時間数で除して得た数が1名以上になる配置が必要です。

生活相談員、看護職員又は介護職員のうち1人以上は常勤であること。

個別機能訓練加算算定に当たり配置する、機能訓練指導員に必要な資格は、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、正看護師、准看護師、柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師のいずれかです。

栄養改善加算を算定するためには管理栄養士の配置が必要です。

日毎の利用者数を記入します。

記入方法 ③勤務形態は、A:常勤で専従 B:常勤で兼務 C:常勤以外で専従 D:常勤以外で兼務 とすること。

⑤勤務をシフト制としている事業所については、シフトごとに各マス目に背景色を付ける。

8:30~17:30(青色) 9:00~16:00(黄色) 10:30~19:30(オレンジ) 9:00~14:00(緑色)
11:00~12:00 14:00~15:00(桃色)

営業時間、サービス提供時間等を記入し、該当するものについては、それぞれ○を付けます。

営業時間 (9:00 ~ 19:00)
サービス提供時間 (9:30 ~ 17:00)
3~5・5~7・7~9

時間延長サービス
提供可 提供不可
実施単位 (1 / 1) 単位
利用定員 (12 人)

1単位の上限人数は12名です。

『 従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表 』の記載方法

- ① 当該月の曜日を記入する。
- ② 全従業者(管理者・相談員・介護職員・看護職員等、常勤・非常勤の別を問わず全て)について、その日のサービス提供時間内における勤務時間数をマス目に記入する。なお、兼務者については、それぞれの職種毎に別立てで記入する。
また、人員基準に定める職員と各種加算を算定するために配置する職員についても別立てで記入する。
- ③ 勤務形態は、A:常勤で専従 B:常勤で兼務 C:常勤以外で専従 D:常勤以外で兼務 とすること。
※常勤とは、当該施設における勤務時間数が、当該施設において定められている常勤の者が勤務すべき時間数に達していることをいう。
- ④ 資格を有する職員については、その資格名を記入すること。また複数の職務に従事している場合についても、その職種名を記入すること。
(当該認知症対応型通所介護事業所以外の職務に従事している場合も記入すること。)
- ⑤ 勤務をシフト制としている事業所については、シフトごとに各マス目に背景色を付ける。
(例) 8:30~17:30(■青色) 9:00~16:00(■黄色) 10:30~19:30(■オレンジ) 9:00~14:00(■緑色)
11:00~12:00 14:00~15:00(■桃色)
- ⑥ 日毎の利用者数を記入すること。

従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表 (〇〇年●●月分) 共用型

サービス種類 (認知症対応型通所介護)
(介護予防認知症対応型通所介護)

別機能訓練加算 あり・なし (なし)

サービス提供日 (月) (火) (水) (木) (金) 土 日

事業所名 (〇×△)

職種	勤務形態	氏名	第1週							第2週							第3週							第4週							4週の合計	週平均の勤務時間	資格	兼務状況 (当該事業所に限らず)																										
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28																														
			月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日																														
管理者	B	北茨城 一郎	4	4	4	4	4									4	4	4	4	4									4	4	4	4	4										4	4	4	4	4										80	20	介護福祉士	GH管理者
介護職員	B	北茨城 三郎			8														8																																					32	8	介護福祉士	GH介護職員	
介護職員	B	北茨城 花子				8														8																																			32	8		GH介護職員		
介護職員	B	北茨城 四郎	8	8																	8	8																																	32	8	ヘルパー2級	GH介護職員		
介護職員	B	北茨城 五郎					8															8																																	32	8	ヘルパー1級	GH介護職員		
介護職員	B	北茨城 咲子																					8	8																															32	8		GH介護職員		
通常業務に係る職員の勤務時間合計			8	8	8	8	8									8	8	8	8	8																	160	40																						
各種加算算定に係る職員の勤務時間合計			0	0	0	0	0									0	0	0	0	0																	0	0																						
日毎の利用者数			3	2	2	3	3	3								3	3	1	2	3	3																																							

曜日を記入します。

栄養改善加算等を算定している場合は、その加算を算定するために配置している職種等を

日毎の利用者数を記入します。

記入方法 ③勤務形態は、A:常勤で専従 B:常勤で兼務 C:常勤以外で専従 D:常勤以外で兼務 とすること。
⑤勤務をシフト制としている事業所については、シフトごとに各マ目に背景色を付ける。

8:30~17:30(青色) 9:00~16:00(黄色) 10:30~19:30(オレンジ) 9:00~14:00(緑色)
11:00~12:00 14:00~15:00(桃色)

営業時間、サービス提供時間等を記入し、該当するものについては、それぞれ○を付けます。

営業時間 (9:00 ~ 19:00)
サービス提供時間 (9:30 ~ 17:00)
3~5・5~7・7~9

時間延長サービス
提供可 (提供不可)
実施単位 (1 / 1) 単位
利用定員 (3 人)
1単位の上限人数は3名です。