

地域密着型通所介護事業

実地指導 事前提出資料

ふりがな 事業者の名称			
ふりがな 事業者の代表者名			
事業者の所在地	(〒 -)		
	(TEL		・FAX)

ふりがな 事業所名			
ふりがな 管理者名			
事業所所在地	(〒 -)		
	(TEL		・FAX)
	(E-mail)
指定年月日	年 月 日	単位ごとの 定員	① 人 ② 人 ③ 人

資料作成者 職 ・ 氏名			
-----------------	--	--	--

自己点検シート（地域密着型通所介護）

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。
 ○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」をと記載しています。

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19条	・運営規程	<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数の合計数をサービス提供時間帯の時間数で除して得た数が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20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数の合計数をサービス提供時間数で除した数が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。 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"/>
	利用定員は、18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"/>
				<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
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21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"/>

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22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3条の7	・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8条の8	・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3条の9		<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3条の10	・利用者に関する記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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3条の11	・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23条	・サービス担当会議の要点	<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3条の13	・情報提供に関する記録 ・指導、連絡等の記録	<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	
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について説明し、必要な援助を行っていますか。	基準第3条の14		<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3条の15	・居宅サービス計画書 ・地域密着型通所介護計画書	<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3条の16		<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3条の18	・サービス提供票、別表 ・業務日誌 ・地域密着型通所介護計画	<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24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。 ・ 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3条の20	・サービス提供証明書控	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	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若しくは悪化の防止等に資するよう、目標を設定し、計画的に実施していますか。	基準第25条	・地域密着型通所介護計画書 ・居宅サービス計画書 ・自己評価基準等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		事業者は、自らその提供する指定通所介護の質の評価を行い、常にその改善を図っていますか。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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が継続できるよう、地域住民との交流や地域活動への参加を図っていますか。	基準第26条		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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れるよう配慮していますか。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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、機能訓練及び必要な援助が行われていますか。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	指定地域密着型通所介護の提供に当たっては、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。 ※「サービス提供方法」とは、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むものであること。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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た適切なサービスの提供を行っていますか。 ※ 常に新しい介護技術を習得するための研修への参加等が行われていますか。			<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添って適切に提供していますか。 特に認知症の状態にある要介護者等に対しては、その特性に対応したサービス提供体制を整えていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
20 地域密着型通所介護計画書の 作成	利用者の心身の状況及び希望等を踏まえ、具体的なサービスの内容等を記載した通所介護計画を作成していますか。 ※ 経験のあるもの、豊富な知識経験のあるものが、通所介護計画のとりまとめを行う。介護支援専門員の資格を有するものがあるときはその者に行わせることが望ましい。	基準第21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"/>
	地域密着型通所介護計画は、既に居宅サービス計画が作成されている場合は、当該居宅サービス計画の内容に沿って作成されていますか。 なお、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。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	地域密着型通所介護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。 また、その実施状況や評価についても説明を行っていますか。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	地域密着型通所介護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。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	それぞれの利用者について、地域密着型通所介護計画に実施状況及び目標の達成状況の記録を行っていますか。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 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3条の26	・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"/>

点検項目	確認事項	根拠条文	確認書類等	点検結果		
				適	不適	
22	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3条の27	・連絡体制に関する書類	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	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28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"/>
24	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。 <ul style="list-style-type: none"> ・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29条	・運営規程	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	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30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。			<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"/>
26	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31条	・利用者名簿 ・運営規程	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27	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32条	・消防計画 ・避難訓練等の実施記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	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33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。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	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3条の32		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30	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3条の33	・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"/>

点検項目		確認事項	根拠条文	確認書類等	点検結果	
					適	不適
31	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になっていませんか。	基準第3条の34		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32	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3条の35		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33	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3条の36	<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"/>
34	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34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"/>	
35	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3条の39	<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"/>
36	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36条	・会計関係書類	<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
37	記録の整備	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36条	<ul style="list-style-type: none"> ・地域密着型通所介護計画書 ・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"/>
		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。 <ul style="list-style-type: none"> ・地域密着型通所介護計画 ・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 			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V 変更の届出等						
38	変更の届出等	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、又は当該地域密着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ていますか。 <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 ・申請者の登記事項証明書又は条例等 ・事業所の平面図 ・事業所の管理者の氏名、生年月日及び住所 ・運営規程 	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	届出書類の控	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

地域密着型通所介護費チェックシート

点検項目	点検事項	点検結果		
短時間の場合の算定	心身の状況から長時間のサービス利用が困難である者、病後等で短時間の利用から初めて長時間利用に結びつけていく必要がある者など利用者側のやむを得ない事情により長時間サービスが困難な者の場合に算定	<input type="checkbox"/>	該当	
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	
中重度者ケア体制加算	指定基準に規定する介護職員又は看護職員の員数に加え、介護職員又は看護職員を常勤換算方法で2以上確保	<input type="checkbox"/>	満たす	
	前年度(3月を除く。)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以上の利用者の占める割合が100分の20以上	<input type="checkbox"/>	満たす	
	サービス提供時間帯を通じて、専ら当該指定通所介護の提供にあたる看護職員を1名以上配置	<input type="checkbox"/>	配置	
	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る。	<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	
認知症加算	指定基準に規定する介護職員又は看護職員の員数に加え、介護職員又は看護職員を常勤換算方法で2以上確保	<input type="checkbox"/>	満たす	
	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以上の利用者の占める割合が100分の20以上	<input type="checkbox"/>	満たす	
	指定通所介護を行う時間帯を通じて、専ら当該指定通所介護の提供に当たる認知症介護に係る研修修了者(指導者研修、実践リーダー研修、実践者研修)を1名以上確保	<input type="checkbox"/>	満たす	
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		
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	
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	
	(6) (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	
(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"/> 該当	研修計画書	

点検項目	点検事項		点検結果			
		(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		
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	研修計画書
		(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"/>		
		(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"/>		
(四)		(三)の要件について全ての介護職員に周知	<input type="checkbox"/>			
(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			
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	<input type="checkbox"/>		
		(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"/>		
(四)		(三)の要件について全ての介護職員に周知	<input type="checkbox"/>			
(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)、(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		

宿泊サービスに係る自己点検票（実施している場合のみ）

点検項目	点検事項	点検結果	
第1 総則			
1 宿泊サービスの提供	(1) 利用者の心身の状況により、若しくは利用者の家族の疾病、冠婚葬祭、出張等の理由により、又は利用者の家族の身体的及び精神的な負担の軽減等を図るために、一時的に居宅において日常生活を営むのに支障がある者	<input type="checkbox"/>	該当
	(2) (1)の趣旨に鑑み、緊急時又は短期的な利用に限って、宿泊サービスを提供しているか。 なお、利用者の日常生活上の世話を行う家族の疾病等やむを得ない事情により連続した利用が予定される場合においては、指定居宅介護支援事業者等と密接に連携を図った上で、他の介護保険サービス等への変更も含め、利用者の心身の状況や利用者の家族の事情等に応じたサービス提供を検討すること。	<input type="checkbox"/>	該当
2 宿泊サービス事業者の責務	(1) 利用者の意思及び人格を尊重して、常に利用者の立場に立った宿泊サービスの提供に努めているか。	<input type="checkbox"/>	該当
	(2) 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継続できるよう、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話に係るサービスの提供を行っているか。	<input type="checkbox"/>	該当
	(3) 宿泊サービスが位置付けられた居宅サービス計画又は介護予防サービス計画（以下「居宅サービス計画等」という。）に沿って、宿泊サービスの提供を希望する利用者に対し、宿泊サービスを提供しているか。 また、宿泊サービス事業者は、宿泊サービスの提供に際し、利用者の状況や宿泊サービスの提供内容について、介護保険法（平成9年法律第123号。以下「法」という。）第46条第1項に規定する指定居宅介護支援事業者又は法第58条第1項に規定する指定介護予防支援事業者（以下「指定居宅介護支援事業者等」という。）と必要な連携を行っているか。 なお、居宅サービス計画等への宿泊サービスの位置付けは、指定居宅介護支援事業者等の介護支援専門員等により、あらかじめ利用者の心身の状況、家族の状況、他の介護保険サービスの利用状況を勘案し適切なアセスメントを経たものでなければならず、安易に居宅サービス計画等に位置付けるものではないこと。	<input type="checkbox"/>	該当
	(4) 宿泊サービスの提供及び運営に当たっては、建築基準法（昭和25年法律第201号）、消防法（昭和23年法律第186号）、労働基準法（昭和22年法律第49号）その他の法令等を遵守しているか。	<input type="checkbox"/>	該当
第2 人員			
1 従業者の員数及び資格	(1) 宿泊サービスの提供を行う時間帯（以下「提供時間帯」という。）を通じて、夜勤職員として介護職員又は看護職員（看護師又は准看護師をいう。）を常時1人以上確保しているか。 ※ 従業者のうち介護職員については、介護福祉士の資格を有する者、実務者研修又は介護職員初任者研修を修了した者であることが望ましいこと。それ以外の介護職員にあっても、介護等に対する知識及び経験を有する者であること。	<input type="checkbox"/>	該当
	(2) 食事の提供を行う場合は、食事の介助等に必要な員数を確保しているか。	<input type="checkbox"/>	該当
	(3) 緊急時に対応するための職員の配置又は提供時間帯を通じた連絡体制の整備を行っているか。	<input type="checkbox"/>	該当
2 責任者	宿泊サービス従業者の中から責任者を定めているか。	<input type="checkbox"/>	該当
第3 設備			
<input type="checkbox"/> 利用定員	当該指定通所介護事業所等の運営規程に定める利用定員の2分の1以下かつ9人以下としているか。ただし、2(2)①の基準を満たす範囲とすること。	<input type="checkbox"/>	該当
2 設備及び備品等	当該指定通所介護事業所等の運営規程に定める利用定員の2分の1以下かつ9人以下としているか。ただし、2(2)①の基準を満たす範囲とすること。 (1) 宿泊室 ア 宿泊室の定員は、1室あたり1人としているか。ただし、利用者の希望等により処遇上必要と認められる場合は、2人とすることができるものとする。 イ 宿泊室の床面積は、1室あたり7.43平方メートル以上としているか。 ウ ア及びイを満たす宿泊室（以下「個室」という。）以外の宿泊室を設ける場合、個室以外の宿泊室の定員は、1室あたり4人以下としているか。 エ 個室以外の宿泊室の面積を合計した面積は、7.43平方メートルに宿泊サービスの利用定員から個室の定員数を減じた数を乗じて得た面積以上とするものとし、その構造は利用者のプライバシーが確保されたものとしているか。なお、プライバシーが確保されたものとは、例えば、パーテーションや家具などにより利用者同士の視線の遮断が確保されるものである必要があるが、壁やふすまのような建具まで要するものではないこと。ただし、カーテンはプライバシーが確保されたものとは考えにくいことから認められないものである。 また、利用者の希望等により処遇上必要と認められる場合を除き、男女が同	<input type="checkbox"/>	該当

第1 総則			
	室で宿泊することがないように配慮しているか。		
	(2) 消火設備その他の非常災害に際して必要な設備 消防法その他の法令等に規定された設備を確実に設置しているか。	<input type="checkbox"/>	該当
第4 運営			
1 内容及び手続の説明及び同意	宿泊サービス提供の開始に際し、あらかじめ、利用申込者又はその家族に対し、10に定める運営規程の概要、責任者の氏名、宿泊サービス従業者の勤務体制その他の利用申込者の宿泊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、宿泊サービスの内容及び利用期間等について利用申込者の同意を得ているか。	<input type="checkbox"/>	該当
2 宿泊サービス提供の記録	宿泊サービスを提供した際には、提供日、提供した具体的な宿泊サービスの内容及び利用者の心身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には、文書の交付その他適切な方法により、その情報を利用者に対して提供しているか。	<input type="checkbox"/>	該当
3 宿泊サービスの取扱方針	(1) 利用者が法第41条第1項に規定する居宅要介護被保険者の場合においては、要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、認知症の状況等利用者の心身の状況を踏まえて、日常生活に必要な援助を妥当かつ適切に行っているか。 また、利用者が法第53条第1項に規定する居宅支援被保険者の場合においては、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しているか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るか。	<input type="checkbox"/>	該当
	(2) 宿泊サービスの提供に当たっては、懇切丁寧を旨とし、利用者又はその家族に対し、宿泊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るか。	<input type="checkbox"/>	該当
	(3) 宿泊サービスの提供に当たっては、当該利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急かつやむを得ない場合を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為（以下「身体的拘束等」という。）を行っていないか。	<input type="checkbox"/>	該当
	(4) (3)の身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急かつやむを得ない理由を記録しているか。	<input type="checkbox"/>	該当
	(6) 自らその提供する宿泊サービスの質の評価を行い、常にその改善を図っているか。	<input type="checkbox"/>	該当
	(7) 入所者に対する虐待の未然防止及び早期発見に努めているか。	<input type="checkbox"/>	該当
	(8) 虐待防止のための研修の実施その他の措置を講じているか。	<input type="checkbox"/>	該当
	4 宿泊サービス計画の作成	(1) 宿泊サービスを概ね4日以上連続して利用することが予定されている利用者については、利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境等を踏まえて、利用者が利用する指定通所介護事業所等におけるサービスとの継続性に配慮して、当該利用者の指定居宅介護支援事業者等と連携を図った上、具体的なサービスの内容等を記載した宿泊サービス計画を作成しているか。	<input type="checkbox"/>
(2) 計画の作成に当たっては、居宅サービス計画等に沿って作成し、宿泊サービスの利用が長期間とならないよう、居宅介護支援事業者等と密接に連携を図っているか。		<input type="checkbox"/>	該当
(3) 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、利用者の同意を得るとともに、作成した計画を利用者に交付しているか。		<input type="checkbox"/>	該当
5 介護	(1) 介護は、利用者の心身の状況に応じ、利用者の自立の支援と日常生活の充実に資するよう、適切な技術をもって行っているか。	<input type="checkbox"/>	該当
	(2) 利用者の心身の状況に応じ、適切な方法により、排せつの自立について必要な援助を行っているか。	<input type="checkbox"/>	該当
	(3) おむつを使用せざるを得ない利用者のおむつを適切に取り替えているか。	<input type="checkbox"/>	該当
	(4) (1)から(3)までに定めるほか、利用者に対し、離床、着替え、整容その他日常生活上の世話を適切に行っているか。	<input type="checkbox"/>	該当

第1 総則			
6 食事の提供	(1) 栄養並びに利用者の心身の状況及び嗜好を考慮した食事を、適切な時間に提供しているか。	<input type="checkbox"/>	該当
	(2) 利用者が可能な限り離床して、食堂で食事を摂ることを支援しているか。	<input type="checkbox"/>	該当
7 健康への配慮	当該指定通所介護事業所等において把握している利用者の健康に関する情報に基づき、必要に応じて主治の医師や指定居宅介護支援事業者等と連携し、常に利用者の健康の状況に配慮して適切な宿泊サービスを提供しているか。	<input type="checkbox"/>	該当
8 相談及び援助	常に利用者の心身の状況、その置かれている環境等の的確な把握に努め、利用者又はその家族に対し、その相談に適切に応じるとともに、必要な助言その他の援助を行っているか。	<input type="checkbox"/>	該当
9 緊急時の対応	現に宿泊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又はあらかじめ協力医療機関を定めている場合は、協力医療機関への連絡を行う等の必要な措置を講じているか。	<input type="checkbox"/>	該当
10 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（以下「運営規程」という。）を定めているか。 ① 事業の目的及び運営の方針 ② 従業者の職種、員数及び職務の内容 ③ サービス提供日及びサービス提供時間 ④ 利用定員 ⑤ 宿泊サービスの内容及び利用料その他の費用の額 ⑥ 宿泊サービス利用に当たっての留意事項 ⑦ 緊急時等における対応方法 ⑧ 非常災害対策 ⑨ その他運営に関する重要事項	<input type="checkbox"/>	該当
11 勤務体制の確保等	(1) 利用者に対し適切な宿泊サービスを提供できるよう、宿泊サービス従業者の勤務の体制を定めているか。	<input type="checkbox"/>	該当
	(2) 当該宿泊サービス従業者によって宿泊サービスを提供しているか。ただし、利用者の処遇に直接影響を及ぼさない業務については、この限りではない。	<input type="checkbox"/>	該当
	(3) 宿泊サービス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るか。	<input type="checkbox"/>	該当
12 定員の遵守	運営規程に定める利用定員を超えて宿泊サービスの提供を行っていないか。	<input type="checkbox"/>	該当
13 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地域住民等との連携体制を整備し、それらを定期的に宿泊サービス従業者に周知するとともに、定期的に夜間を想定した避難、救出その他必要な訓練を行っているか。	<input type="checkbox"/>	該当
14 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るか。	<input type="checkbox"/>	該当
	(2) 当該宿泊サービス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ずるよう努めているか。	<input type="checkbox"/>	該当
15 掲示	当該宿泊サービス事業所の見やすい場所に、運営規程の概要、責任者の氏名、宿泊サービス従業者等の勤務の体制、苦情処理の概要、緊急時の避難経路その他の利用申込者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を掲示しているか。	<input type="checkbox"/>	該当
16 秘密保持等	(1) 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していないか。	<input type="checkbox"/>	該当
	(2) 宿泊サービス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るか。	<input type="checkbox"/>	該当
	(3) 指定居宅介護支援事業者等との連携において、宿泊サービス事業所における利用者の個人の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るか。	<input type="checkbox"/>	該当
17 広告	宿泊サービス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していないか。また、介護保険サービスとは別のサービスであることを明記しているか。	<input type="checkbox"/>	該当
18 苦情処理	(1) 提供した宿泊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るか。	<input type="checkbox"/>	該当

第1 総則			
	(2) (1)の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るか。	<input type="checkbox"/>	該当
19 事故発生時の対応	(1) 利用者に対する宿泊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るか。	<input type="checkbox"/>	該当
	(2) (1)の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るか。	<input type="checkbox"/>	該当
	(3) 利用者に対する宿泊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るか。	<input type="checkbox"/>	該当
20 変更の届出	届け出た内容に変更があった場合は、変更の事由が生じてから10日以内に指定権者に届け出ているか。	<input type="checkbox"/>	該当
21 記録の整備	(1) 従業者、設備、備品に関する諸記録を整備しているか。	<input type="checkbox"/>	該当
	(2) 利用者に対する宿泊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年間保存しているか。 ① 2に定める具体的な宿泊サービス提供の内容等の記録 ② 3(4)に定める身体的拘束等の態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由の記録 ③ 4に定める宿泊サービス計画 ④ 18(2)に定める苦情の内容等の記録 ⑤ 19(2)に定める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	<input type="checkbox"/>	該当

☆ 行動障害のある入居者(利用者)の状況(平成 年 月 日現在) *最新の状況を記入すること。

No.	氏名	居室番号	行動障害の状況	身体拘束の有無	拘束の方法	家族の同意
				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		
				有・無		
				有・無		
				有・無		
				有・無		

注)「行動障害」とは、多動、繰り返し、徘徊、異食、過食、拒食、せん妄、攻撃的言動、破壊行為、自傷行為などを言います。

『 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 (○○年 ●●月分)

勤務形態	氏名	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																												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)								
		第1週							第2週							第3週							第4週																		
		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												
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	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	社会福祉士主事	社会福祉士主事		
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	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	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						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	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	
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。																																									
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	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						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				6	6	6	6	2						128	32		
日毎の利用者数		11	12	10	10	12	8													11	11	12	12	10	8				12	12	10	11	9	9							

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) 1単位の上限人数は18名です。
 実施単位 (1 / 1) 単位
 利用定員 (18 人)