

運営指導自主点検調書

サービス種別	
--------	--

記入日 年 月 日

■事業所番号、事業所の名称、連絡先等を記載してください。

法 人 名										
代表者職名・氏名										
事業所番号	3	0								
(フ リ ガ ナ) 事業所名										
住 所	(〒 -)									
連 絡 先	電 話					FAX				
	メールアドレス									
開 設 年 月 日	年 月 日									
指 定 年 月 日	年 月 日									
管 理 者	氏名									
記 載 担 当 者	職名				氏名					

運営指導自主点検調査（介護予防通所介護相当サービス・通所型サービスA）

事業所名		記入担当者名		記入日		年	月	日
相当	A	指定基準	基準の内容（指導項目）	適 否	確認事項		当日確認書類	
○	人員	管理者	常勤の管理者を置いているか。	はい ・ いいえ	兼務の場合、その職務内容		職務内容を記載	
		生活相談員	提供日毎に提供時間帯を通じて、専らサービスの提供に当たる生活相談員が1以上確保されるために必要と認められる数か。	はい ・ いいえ	生活相談員の勤務時間帯		時 ～ 時	勤務体制表、勤務記録、通所介護記録、資格証(修了証)、雇用契約等
		看護職員	単位毎に、専らサービスの提供に当たる看護職員が1以上確保されるために必要と認められる数か。	はい ・ いいえ	看護職員の勤務時間帯		時 ～ 時	勤務体制表、勤務記録、通所介護記録、資格証(修了証)、雇用契約等、病院等との契約関係書類(連携による配置基準緩和の場合)
		介護職員	単位毎に提供時間帯を通じて、専らサービスの提供に当たる介護職員が利用者の数が15人までは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を加えた数以上か。	はい ・ いいえ	日々の利用者数に応じて介護職員が配置されているか		いる・いない	勤務体制表、勤務記録、通所介護記録、資格証(修了証)、雇用契約等 日々の利用者数に関する記録
		機能訓練指導員	1以上か。	はい ・ いいえ	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、はり師又はきゅう師のいずれか		資格名	同上
		その他	生活相談員又は介護職員のうち1人以上は、常勤となっているか。	はい ・ いいえ	生活相談員又は介護職員のうち常勤職員が配置されているか		いる・いない	同上
○	人員	管理者	常勤の管理者を置いているか。	はい ・ いいえ	兼務の場合、その職務内容		職務内容を記載	
		管理者	管理者は社会福祉主事、社会福祉士、精神保健福祉士、介護福祉士、介護支援専門員、または機能訓練指導員など通所型サービスを行う際に必要な能力を有すると認められているか	はい ・ いいえ			勤務体制表、勤務記録、資格証、雇用契約等	
		介護職員	単位毎に、サービス提供時間に専ら当該サービスの提供に当たる介護職員が勤務している時間数の合計数を当該提供時間数で除して得た数に基づき、規定(※)どおり配置していますか。 ※利用者が15人までは1名以上、それ以上は15人を超える部分の数を10で除して得た数に1を加えた数以上	はい ・ いいえ			勤務体制表、勤務記録、資格証、雇用契約等	
○	設備	食堂、機能訓練室、静養室、相談室及び事務室、その他必要な設備及び備品等を備えているか。	はい ・ いいえ					現場確認、平面図
		食堂及び機能訓練室	食堂・機能訓練室の合計面積は3㎡に利用定員を乗じて得た面積以上か。	はい ・ いいえ	食堂及び機能訓練室 利用定員 × 3 ㎡		㎡ ㎡	現場確認、平面図、運営規程
		相談室	相談室は相談内容が漏洩しないよう配慮されているか。	はい ・ いいえ	遮へい物の設置等によりプライバシーに配慮されているか。		いる・いない	現場確認、平面図
		設備の専用	上記設備は通所介護専用のものか。	はい ・ いいえ				
○	運営	サービス提供に係る説明及び同意	重要事項説明書等を交付して説明を行い、同意を得ているか	はい ・ いいえ	①運営規程の概要	あり ・ なし	重要事項説明書 契約締結が確認できる書類	
					②従業者の勤務体制	あり ・ なし		
					③事故発生時の対応	あり ・ なし		
					④苦情処理の体制	あり ・ なし		
					⑤第三者評価の実施状況	あり ・ なし		
			契約は適正に締結されているか。	はい ・ いいえ	重要事項説明書と区分しているか。		はい ・ いいえ	
		受給資格確認	被保険者証により、被保険者資格、要介護認定の有無及びその有効期限を確認しているか。	はい ・ いいえ	確認内容の記録先		記録先を記載	確認内容の記録
		サービスの提供記録	サービスの提供日及び内容、当該サービスに係る保険給付の額その他必要な事項を、利用者の居宅サービス計画の書面に記載しているか。	はい ・ いいえ	サービス提供をした日から5年間保存する。			
利用料の受領	サービスを提供した際、利用者負担として当該サービスに係る費用基準額の1割等を受領しているか。	はい ・ いいえ					サービス提供票、別表 領収証控	
	上記のほか、利用者から次の費用以外を徴収していないか ①送迎費用（通常の実施地域外分）②延長料③食費④おむつ代⑤その他日常生活費	はい ・ いいえ	その他日常生活費の内容及び徴収額		内容 徴収額		領収証（控） 車両運行日誌 運営規程 重要事項説明書	

相当	A	指定基準	基準の内容（指導項目）	適 否	確認事項		当日確認書類	
○	○	運営	通所介護計画の作成	管理者は通所介護計画を作成しているか。	はい ・ いいえ	利用者の状況を把握、分析し、解決すべき問題が明らかにされているか	いる ・ いない	通所介護計画書
				通所介護計画は、居宅サービス計画に沿って作成されているか。	はい ・ いいえ	居宅介護支援事業所から居宅サービス計画書を受け取っているか	1. すべての利用者について実施 2. 一部の利用者について実施 3. まったく実施していない	通所介護計画書 居宅サービス計画書
				通所介護計画の作成にあ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るか。	はい ・ いいえ			通所介護計画書
				通所介護計画は利用者に交付しているか。	はい ・ いいえ			同上
				通所介護計画はそのサービス提供をした日から5年間保存しているか。	はい ・ いいえ			同上
			緊急時の対応	利用者の病状の急変、その他必要な場合に主治医への連絡を行う等必要な措置を講じているか。	はい ・ いいえ			運営規程、連絡体制に関する書類
		運営規程	事業所ごとに運営規程を定めているか。	はい ・ いいえ	下記の内容が定められているか		運営規程	
					①事業の目的及び運営の方針	あり ・ なし		
					②従業者の職種、員数及び職務内容	あり ・ なし		
					③営業日及び営業時間	あり ・ なし		
					④介護予防通所介護相当サービス又は通所型サービスAの利用定員	あり ・ なし		
					⑤介護予防通所介護相当サービス又は通所型サービスAの内容及び利用料その他費用の額	あり ・ なし		
					⑥通常の事業の実施地域	あり ・ なし		
					⑦サービス利用にあたっての留意事項	あり ・ なし		
					⑧緊急時等における対応方法	あり ・ なし		
					⑨非常災害対策	あり ・ なし		
					⑩虐待の防止のための措置に関する事項	あり ・ なし		
					⑪その他運営に関する重要事項	あり ・ なし		
		勤務体制の確保	従業者の勤務体制を月ごとに定めているか。	はい ・ いいえ	必要事項(日々の勤務時間、職務内容、常勤・非常勤の別、業務関係等)が記載されているか	いる ・ いない	勤務体制表、雇用契約書等	
			人権擁護推進員を任命しているか。	はい ・ いいえ	人権擁護推進員	職種 氏名	辞令等	
			従業者の資質向上のため、研修の機会を確保しているか。	はい ・ いいえ	人権擁護に関する研修を年1回以上実施しているか。	いる ・ いない	研修の記録等	
					内部研修の実施回数	直近1年間で 回開催	研修の記録等	
					実施記録	あり ・ なし		
					外部研修の参加人数	直近1年間で延べ 人出席		
			参加記録	あり ・ なし				
			全ての従業者に対し、認知症介護に係る基礎的な研修を受講させているか。(令和6年3月31日まで経過措置あり)	はい ・ いいえ	看護師・准看護師、介護福祉士、介護支援専門員、実務者研修修了者、介護職員初任者研修過程修了者、介護職員基礎研修過程修了者、社会福祉士、医師、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、管理栄養士、栄養士等は不要。		資格証、研修の記録等	
			職場におけるハラスメント防止について事業主の方針等の明確化及びその周知・啓発を行っているか。(令和4年3月31日まで経過措置あり)	はい ・ いいえ			ハラスメントに関する指針を定めた書類等	
			職場におけるハラスメントに対する相談(苦情を含む。)に応じ、適切に対応するために必要な体制を整備しているか。	はい ・ いいえ			ハラスメントに対する相談体制を定めた書類、苦情に関する記録	
		業務継続計画の策定等	感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定通所介護の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じているか。	はい ・ いいえ	下記の内容が定められているか		業務継続計画書	
					①感染症に係る業務継続計画			
					平時からの備え(体制構築・整備、感染症防止に向けた取組の実施、備蓄品の確保等)	あり ・ なし		
					初動対応	あり ・ なし		
					感染拡大防止体制の確立(保健所との連携、濃厚接触者への対応、関係者との情報共有等)	あり ・ なし		
				はい ・ いいえ	②災害に係る業務継続計画			
					平常時の対応（建物・整備の安全対策、電気・水道等のライフラインが停止した場合の対策、必要品の備蓄等）	あり ・ なし		
					緊急時の対応（業務継続計画発動基準、対応体制等）	あり ・ なし		
		他施設及び地域との連携	あり ・ なし					

相当	A	指定基準	基準の内容（指導項目）	適 否	確認事項		当日確認書類	
○	○	運営	業務継続計画の策定等	通所介護従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に実施しているか。	はい ・ いいえ	研修の実施回数	直近1年間で 回開催	研修の記録等
						訓練の実施回数	直近1年間で 回実施	訓練記録
				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るか。	はい ・ いいえ			見直していることが分かる会議録等
		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ないか。	はい ・ いいえ			職員の勤務実績、利用者名簿	
		非常災害対策	災害対策推進員を任命しているか。	はい ・ いいえ	災害対策推進員	職種 氏名	辞令等	
			消防計画（これに準ずる計画含む）を立てておくとともに、定期的に避難、救出等必要な訓練を行っているか（地域住民の参加が得られるよう連携に努めること。）。	はい ・ いいえ	防火管理者（おこななくても良い事業所にあつては責任者）	職種：氏名：	消防計画（これに準ずる書類）	
					消防訓練、避難訓練の実施回数	直近1年間で 回実施	訓練記録	
					実施記録	あり ・ なし		
		衛生管理等	衛生管理推進員を任命しているか。	はい ・ いいえ	衛生管理推進員	職種 氏名	辞令等	
					感染症及び食中毒の予防・蔓延防止のための指針整備、職員への周知、研修を実施しているか。	いる ・ いない	指針に関する書類 研修の記録等	
			施設、食器、その他の設備又は飲用水の衛生的な管理に努めているか。	はい ・ いいえ			受水槽の清掃記録 衛生管理マニュアル	
			空調設備等により施設内の適温確保に努めているか。	はい ・ いいえ			現場確認	
			感染症の予防及びまん延の防止のための対策委員会をおおむね6月に1回以上開催し、従業者に周知徹底を図っているか。（令和6年3月31日まで経過措置あり）	はい ・ いいえ	対策委員会の実施回数	直近1年間で 回開催	委員会の記録等	
					実施記録	あり ・ なし		
			感染症の予防及びまん延の防止のための指針を整備しているか。（令和6年3月31日まで経過措置あり）	はい ・ いいえ			感染症対策に関する指針	
			感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を定期的に実施しているか。（令和6年3月31日まで経過措置あり）	はい ・ いいえ	研修の実施回数	直近1年間で 回開催	研修の記録等	
		訓練の実施回数			直近1年間で 回実施	訓練記録		
		掲示	事業所の見やすい場所に必要事項が掲示又は事業所内に備え付け、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るか。	はい ・ いいえ	①運営規程の概要	あり ・ なし	現場確認	
					②従業者の勤務体制	あり ・ なし		
					③利用料	あり ・ なし		
					④事故発生時の対応	あり ・ なし		
					⑤苦情処理の体制	あり ・ なし		
		秘密保持等	従業者の利用者等に係る秘密保持について、従業者の退職後も含め、必要な措置を講じているか。	はい ・ いいえ	就業時にどの書類で定めているか	取り決め書類を記載	就業時の取り決め等の記録	
			サービス担当者会議等において利用者等の個人情報を用いる場合の同意を文書にて得ているか。	はい ・ いいえ			利用者の同意書等	
		広告	広告は虚偽又は誇大となっていないか。	はい ・ いいえ			パンフレット・チラシ	
		苦情処理の体制	利用者又はその家族からの苦情に対する措置が講じられているか。	はい ・ いいえ	苦情相談窓口があるか	あり ・ なし	苦情処理体制を定めた書類 苦情に関する記録	
					処理体制が定められているか	あり ・ なし		
					処理記録が整備されているか	あり ・ なし（サービス提供した日から5年間）		
		事故発生時の対応	事故発生時における対応体制が整備されているか。（宿泊サービス含む）	はい ・ いいえ	連絡体制が整備されているか	あり ・ なし	事故処理体制を定めた書類 事故に関する記録 損害賠償保険証書	
					事故記録が整備されているか	あり ・ なし（サービス提供した日から5年間）		
					再発防止策が講じられているか	あり ・ なし		
					損害賠償保険に加入しているか	いる ・ いない		
		虐待の防止	虐待の発生又はその再発を防止するための措置が講じられているか。	はい ・ いいえ	①虐待防止対策検討委員会を定期的に開催するとともに、その結果について、通所介護従業者に周知徹底を図っているか。	はい ・ いいえ	検討委員会の記録	
					②虐待の防止のための指針を整備しているか。	はい ・ いいえ	虐待防止の指針	
					③通所介護従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的に行っているか。	はい ・ いいえ	研修の記録等	
					④上記①から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るか。	はい ・ いいえ	辞令等	
		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るか。	はい ・ いいえ	・通所介護計画、サービス記録・苦情・事故に係る記録等		各種保存書類	
			サービス提供した日から5年間保存しているか。	はい ・ いいえ			各種保存書類	

相当	A	指定基準		基準の内容（指導項目）	適 否	確認事項		当日確認書類
○		介 護 報 酬	加算	若年性認知症利用者受入加算	あり ・ なし	受け入れた若年性認知症利用者ごとに個別の担当者を定めているか。	いる ・ いない	介護給付費明細書 サービス提供票
				生活機能向上グループ活動加算	あり ・ なし	単に、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を実施ではなく、日常生活上の支援のための活動ですか。	はい ・ いいえ	介護予防通所介護計画書 介護給付費明細書 サービス提供票 サービス提供の記録等
						同月中に運動器機能向上加算、栄養改善加算、口腔機能向上加算、または、選択的サービス複数実施加算のいずれも算定していないですか。	はい ・ いいえ	
						活動について1週間に1回以上、実施していますか。実施期間はおおむね3ヶ月以内で、1グループあたりの人数は6人以下ですか。	はい ・ いいえ	
						活動項目は複数用意されていますか。	はい ・ いいえ	
						活動は要介護者の機能訓練と従業者及び利用者を区分して実施していますか。	はい ・ いいえ	
				栄養アセスメント加算	あり ・ なし	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名以上配置しているか。	はい ・ いいえ	勤務実績、タイムカード
						利用者ごとに、管理栄養士等が共同して栄養アセスメントを実施し、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るか。	はい ・ いいえ	
						利用者ごとの栄養状態等の情報をLIFEを通じて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るか。	はい ・ いいえ	
						定員超過利用・人員基準欠如に該当していないか。	はい ・ いいえ	
						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は、算定していないか。	はい ・ いいえ	
				栄養改善加算	あり ・ なし	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名以上配置しているか。	はい ・ いいえ	勤務実績、タイムカード
						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るか。	はい ・ いいえ	
						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室を訪問し、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るか。	はい ・ いいえ	
						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るか。	はい ・ いいえ	
						定員超過利用・人員基準欠如に該当していないか。	はい ・ いいえ	
				口腔機能向上加算（Ⅰ）（Ⅱ）共通	あり ・ なし	口腔機能向上加算の算定に係る口腔機能向上サービスの提供には、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るか。	はい ・ いいえ	加算対象者かどうか確認できる書類 情報提供等の措置したことが分かる書類
						口腔機能向上加算を算定している利用者は、次のイからハまで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、二項目以上が「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 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るか。	はい ・ いいえ	
						歯科医療を受診している場合であって、次のイ又はロのいずれかに該当する場合、加算を算定していないか。 イ 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 ロ 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。	はい ・ いいえ	

相当	A	指定基準		基準の内容（指導項目）	適 否	確認事項		当日確認書類
○		介 護 報酬	加算	口腔機能向上加算（Ⅰ）	あり ・ なし	①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るか。	はい ・ いいえ	勤務実績、タイムカード
						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るか。	はい ・ いいえ	
						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るか。	はい ・ いいえ	
						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るか。	はい ・ いいえ	
						⑤定員超過利用・人員基準欠如に該当していないか。	はい ・ いいえ	
				口腔機能向上加算（Ⅱ）	あり ・ なし	口腔機能向上加算（Ⅰ）の①から⑤のいずれにも該当しているか。	はい ・ いいえ	勤務実績、タイムカード 厚生労働省に提出したことが分かる書類（記録等） LIFEからのフィードバック情報を活用していることが分かる書類（記録等）
						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るか。	はい ・ いいえ	
				口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）（Ⅱ）共通	あり ・ なし	口腔・栄養スクリーニング加算の算定に係る口腔スクリーニング及び栄養スクリーニングは、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るか。	はい ・ いいえ	介護予防通所介護計画書 運営規程 勤務実績関係書類
						口腔スクリーニング及び栄養スクリーニングを行うに当たっては、利用者について、それぞれ次に掲げる確認を行い、確認した情報を介護支援専門員に対し、提供しているか。 イ 口腔スクリーニング a 硬いものを避け、柔らかいものばかりを中心に食べる者 b 入れ歯を使っている者 c むせやすい者 ロ 栄養スクリーニング a BMI が18.5 未満である者 b 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」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 c 血清アルブミン値が3.5 g /dl 以下である者 d 食事摂取量が不良（75 % 以下）である者	はい ・ いいえ	
						口腔・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口腔スクリーニング又は栄養スクリーニングを継続的に実施しているか。	はい ・ いいえ	
				口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）	あり ・ なし	①通所介護事業所の従業者が、利用開始時及び利用中6ヶ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を当該利用者を担当する介護支援専門員に提供しているか。	はい ・ いいえ	介護予防通所介護計画書 運営規程 勤務実績関係書類
						②通所介護事業所の従業者が、利用開始時及び利用中6ヶ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を当該利用者を担当する介護支援専門員に提供しているか。	はい ・ いいえ	
						③定員超過利用・人員基準欠如に該当していないか。	はい ・ いいえ	
						④次のいずれにも該当していないか。 (1) 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あること。 (2) 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であること。	はい ・ いいえ	
						⑤口腔スクリーニング及び栄養スクリーニングは、利用者に対して、原則として一体的に実施しているか。	はい ・ いいえ	

相当	A	指定基準		基準の内容（指導項目）	適 否	確認事項		当日確認書類
○		介護報酬	加算	口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）	あり ・ なし	①②③又は④⑤⑥のいずれかに適合しているか。	はい ・ いいえ	介護予防通所介護計画書 運営規程 勤務実績関係書類
						①口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）の①及び③の基準に適合しているか。	はい ・ いいえ	
						②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あるか。	はい ・ いいえ	
						③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はないか。	はい ・ いいえ	
						④口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）の②及び③の基準に適合しているか。	はい ・ いいえ	
						⑤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ないか。	はい ・ いいえ	
						⑥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あるか。	はい ・ いいえ	
				サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	あり ・ なし	次の①②のいずれかに適合しているか。 ①指定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70以上である。 ②指定通所介護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以上である。	はい ・ いいえ	勤務記録 資格証（修了証） 職員割合が確認できる書類
						定員超過利用・人員基準欠如に該当していないか。	はい ・ いいえ	
				サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	あり ・ なし	指定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。	はい ・ いいえ	勤務記録 資格証（修了証） 職員割合が確認できる書類
						定員超過利用・人員基準欠如に該当していないか。	はい ・ いいえ	
				サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	あり ・ なし	次の①②のいずれかに適合しているか。 ①指定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以上であること。 ②指定通所介護を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以上であること。	はい ・ いいえ	
						定員超過利用・人員基準欠如に該当していないか。	はい ・ いいえ	
				生活機能向上連携加算（Ⅰ）	あり ・ なし	①訪問リハビリテーション事業所、通所リハビリテーション事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設（病院にあっては、許可病床数が二百床未満のもの又は当該病院を中心とした半径四キロメートル以内に診療所が存在しないものに限る。以下（Ⅱ）にて同じ。）の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は医師（以下「理学療法士等」という。以下（Ⅱ）にて同じ。）の助言に基づき、通所介護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るか。	はい ・ いいえ	居宅サービス計画 勤務実績関係書類
						②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、機能訓練を提供しているか。	はい ・ いいえ	
						③①の評価に基づき、個別機能訓練計画の進捗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、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るか。	はい ・ いいえ	

相当	A	指定基準	基準の内容（指導項目）	適 否	確認事項		当日確認書類
○	介 護 報酬	加算	生活機能向上連携加算（Ⅱ）	あり ・ なし	①訪問リハビリテーション事業所、通所リハビリテーション事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設の理学療法士等が、通所介護事業所を訪問し、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ることか。	はい ・ いいえ	居宅サービス計画 運営規程 勤務実績関係書類
					②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るか。	はい ・ いいえ	
					③①の評価に基づき、個別機能訓練計画の進捗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、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るか。	はい ・ いいえ	
			科学的介護推進体制加算	あり ・ なし	①利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の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るか。	はい ・ いいえ	厚生労働省に提出したことが分かる書類（記録等） LIFEからのフィードバック情報を活用していることが分かる書類（記録等）
					②必要に応じて通所介護計画を見直すなど、指定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るか。	はい ・ いいえ	
					③利用者の心身の状況等に係る基本的な情報に基づき、適切なサービスを提供するためのサービス計画を作成しているか。	はい ・ いいえ	
					④サービスの提供に当たっては、サービス計画に基づいて、利用者の自立支援や重度化防止に資する介護を実施しているか。	はい ・ いいえ	
					⑤LIFEへの提出情報及びフィードバック情報等も活用し、多職種が共同して、事業所の特性やサービス提供の在り方について検証を行っているか。	はい ・ いいえ	
					⑥検証結果に基づき、利用者のサービス計画を適切に見直し、事業所全体として、サービスの質の更なる向上に努めているか。	はい ・ いいえ	
					⑦原則として利用者全員を対象として、①から⑥の要件を満たしているか。	はい ・ いいえ	
○	○	介 護 報酬 加算	介護職員処遇改善加算 <共通>	あり ・ なし	①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（賃金改善に伴う法定福利費等の事業主負担分の増加分を含むことができる。）が介護職員処遇改善加算の算定見込額を上回る賃金に関する改善計画を策定し、その計画に基づき適切な措置を講じているか。	はい ・ いいえ	介護職員処遇改善計画書 介護職員処遇改善実績報告書 労働保険料の納付が確認できる書類 就業規則が確認できる書類 賃金体系が確認できる書類 キャリアパス要件が確認できる書類 研修の記録等 給与明細 賃金改善が確認できる書類 介護職員処遇改善加算総額のお知らせ 区分支給限度額基準を超えたサービスに係る加算額が分かる資料
					②①の賃金改善に関する計画、当該計画の実施期間及び実施方法その他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を作成し、全ての介護職員に周知した上で県へ届け出ているか。	はい ・ いいえ	
					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るか。 ※経営の悪化等により、やむを得ず賃金水準を引き下げた上で、賃金改善をした場合は、その内容について県へ届け出ているか。	はい ・ いいえ	
					④事業年度ごとに介護職員の処遇改善に関する実績報告書を県へ提出しているか。	はい ・ いいえ	
					⑤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律に違反し、罰金以上の刑に処せられていないか。	はい ・ いいえ	
					⑥当該事業所において、労働保険料の納付が適正に行われているか。	はい ・ いいえ	

相当	A	指定基準		基準の内容（指導項目）	適 否	確認事項		当日確認書類
○	○	介 護 報酬	加算	介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	あり ・ なし			介護職員処遇改善計画書 介護職員処遇改善実績報告書 労働保険料の納付が確認できる書類 就業規則が確認できる書類 賃金体系が確認できる書類 キャリアパス要件が確認できる書類 研修の記録等 給与明細 賃金改善が確認できる書類 介護職員処遇改善加算総額のお知らせ 区分支給限度額基準を超えたサービスに係る加算額が分かる資料
				介護職員処遇改善加算（Ⅱ）	あり ・ なし			
				介護職員処遇改善加算（Ⅲ）	あり ・ なし			
				介護職員処遇改善加算（Ⅳ）	あり ・ なし			
				介護職員処遇改善加算（Ⅴ）	あり ・ なし	☐ Ⅴ（１） ☐ Ⅴ（２） ☐ Ⅴ（３） ☐ Ⅴ（４） ☐ Ⅴ（５） ☐ Ⅴ（６） ☐ Ⅴ（７） ☐ Ⅴ（８） ☐ Ⅴ（９） ☐ Ⅴ（１０） ☐ Ⅴ（１１） ☐ Ⅴ（１２） ☐ Ⅴ（１３） ☐ Ⅴ（１４）		
○	○	介 護 報酬	減算	運営規程に定められている利用定員を超えた場合や、看護職員・介護職員の数が基準に達しない状況で行われたサービスについて、減算を行っているか。	はい ・ いいえ	利用定員を超えている場合	減算・減算せず・該当なし	介護給付費明細書 サービス提供票、別表 利用者数の記録 サービス提供の記録 勤務実績、タイムカード
						看護職員・介護職員の数が基準に達していない場合	減算・減算せず・該当なし	
	○			同一建物減算	あり ・ なし	事業所と同一建物に居住又は同一建物から通所している利用者に対し減算しているか。	減算・減算せず・該当なし	介護給付費明細書 サービス提供票、別表 利用者数の記録 サービス提供の記録