

平成29年度  
地域密着型通所介護事業所  
認知症対応型通所介護事業所  
集団指導資料

平成30年1月30日

茂原市役所福祉部高齢者支援課

地域密着型通所介護事業所・認知症対応型通所介護事業所

集団指導次第

日時 平成30年1月30日

13時30分～14時

場所 茂原市役所 502会議室

1.開会（13：30）

2.高齢者支援課長 挨拶

3.議題

(1) 人員基準について

(2) 定員超過・人員基準欠如減算について

(3) 変更届・体制届の取扱いについて

(4) その他

4.閉会（14：00）

## 介護保険法

発令 : 平成 9 年 12 月 17 日号外法律第 123 号

最終改正 : 平成 29 年 6 月 2 日号外法律第 52 号

改正内容 : 平成 29 年 6 月 2 日号外法律第 52 号[平成 29 年 7 月 1 日]

### (目的)

第一条 この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、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、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。

### (メモ)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

# (1) 人員基準について

## ①地域密着型通所介護

茂原市指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準を定める条例

(従業者の員数)

第59条の3 指定地域密着型通所介護の事業を行う者（以下「指定地域密着型通所介護事業者」という。）が当該事業を行う事業所（以下「指定地域密着型通所介護事業所」という。）ごとに置くべき従業者（以下この節から第4節までにおいて「地域密着型通所介護従業者」という。）の員数は、次のとおりとする。

(1) 生活相談員 指定地域密着型通所介護の提供日ごとに、当該指定地域密着型通所介護を提供している時間帯に生活相談員（専ら当該指定地域密着型通所介護を提供に当たる者に限る。）が勤務している時間数の合計数を当該指定地域密着型通所介護を提供している時間帯の時間数で除して得た数が1以上確保されるために必要と認められる数

(2) 看護師又は准看護師（以下この章において「看護職員」という。） 指定地域密着型通所介護の単位ごとに、専ら当該指定地域密着型通所介護の提供に当たる看護職員が1以上確保されるために必要と認められる数

(3) 介護職員 指定地域密着型通所介護の単位ごとに、当該指定地域密着型通所介護を提供している時間帯に介護職員（専ら当該指定地域密着型通所介護の提供に当たる者に限る。）が勤務している時間数の合計数を当該指定地域密着型通所介護を提供している時間数（次項において「提供単位時間数」という。）で除して得た数が利用者（当該指定地域密着型通所介護事業者が法第115条の45第1項第1号ロに規定する第1号通所事業の（地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律（平成26年法律第83号）第5条による改正前の法第8条の2第7項に規定する介護予防通所介護に相当するものとして市町村が定めるものに限る。）に係る指定事業者の指定を併せて受け、かつ、指定地域密着型通所介護の事業と当該第1号通所介護とが同一の事業所において一体的に運営されている場合にあつては、当該事業所における指定地域密着型通所介護又は当該第1号通所介護の利用者。以下この節及び次節において同じ。）の数が15人までの場合にあつては1以上、15人を超える場合にあつては15人を超える部分の数を5で除して得た数に1を加えた数以上確保されるために必要と認められる数

(4) 機能訓練指導員 1以上

2 当該指定地域密着型通所介護事業所の利用定員（当該指定地域密着型通所介護事業所において同時に指定地域密着型通所介護の提供を受けることができる利用者の数の上限をいう。以下この節から第4節までにおいて同じ。）が10人以下である場合にあつては、前項の規定にかかわらず、看護職員及び介護職員の員数を、指定地域密着型通所介護の単位ごとに、当該指定地域密着型通所介護を提供している時間帯に看護職員又は介護職員（いずれも専ら当該指定地域密着型通所介護の提供に当たる者に限る。）が勤務している時間数の合計数を提供単位時間数で除して得た数が1以上確保されるために必要と認められる数とすることができる。

3 指定地域密着型通所介護事業者は、指定地域密着型通所介護の単位ごとに、第1項第3号の介護職員（前項の適用を受ける場合にあつては、同項の看護職員又は介護職員。次項及び第7項において同じ。）を、常時1人以上当該指定地域密着型通所介護に従事させなければならない。

- 4 第1項及び第2項の規定にかかわらず、介護職員は、利用者の処遇に支障がない場合は、他の指定地域密着型通所介護の単位の介護職員として従事することができるものとする。
- 5 前各項の指定地域密着型通所介護の単位は、指定地域密着型通所介護であってその提供が同時に1又は複数の利用者に対して一体的に行われるものをいう。
- 6 第1項第4号の機能訓練指導員は、日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練を行う能力を有する者とし、当該指定地域密着型通所介護事業所の他の職務に従事することができるものとする。
- 7 第1項の生活相談員又は介護職員のうち1人以上は、常勤でなければならない。
- 8 指定地域密着型通所介護事業者が第1項第3号に規定する第1号通所事業に係る指定事業者の指定を併せて受け、かつ、指定地域密着型通所介護の事業と当該第1号通所事業とが同一の事業所において一体的に運営されている場合については、市町村の定める当該第1号通所事業の人員に関する基準を満たすことをもって、前各項に規定する基準を満たしているものとみなすことができる。

(管理者)

第59条4 指定地域密着型通所介護事業者は、指定地域密着型通所介護事業所ごとに専らその職務に従事する常勤の管理者を置かなければならない。ただし、指定地域密着型通所介護事業所の管理上支障がない場合は、当該指定地域密着型通所介護事業所の他の職務に従事し、又は同一敷地内にある他の事業所、施設等の職務に従事することができるものとする。

## ②認知症対応型通所介護

茂原市指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準を定める条例

(従業者の員数)

第61条 単独型指定認知症対応型通所介護（特別養護老人ホーム等（特別養護老人ホーム（老人福祉法（昭和38年法律第133号）第20条の5に規定する特別養護老人ホームをいう。以下同じ。））、同法第20条の4に規定する養護老人ホーム、病院、診療所、介護老人保健施設、社会福祉施設又は特定施設に併設されていない事業所において行われる指定認知症対応型通所介護をいう。以下同じ。））の事業を行う者及び併設型指定認知症対応型通所介護（特別養護老人ホーム等に併設されている事業所において行われる指定認知症対応型通所介護をいう。以下同じ。）の事業を行う者（以下「単独型・併設型指定認知症対応型通所介護事業者」という。）が当該事業を行う事業所（以下「単独型・併設型指定認知症対応型通所介護事業所」という。）ごとに置くべき従業者の員数は、次のとおりとする。

- (1) 生活相談員 単独型・併設型指定認知症対応型通所介護（単独型・併設型指定認知症対応型通所介護事業所において行われる指定認知症対応型通所介護をいう。以下同じ。）の提供日ごとに、当該単独型・併設型指定認知症対応型通所介護を提供している時間帯に生活相談員（専ら当該単独型・併設型指定認知症対応型通所介護の提供に当たる者に限る。）が勤務している時間数の合計数を当該単独型・併設型指定認知症対応型通所介護を提供している時間帯の時間数で除して得た数が1以上確保されるために必要と認められる数
  - (2) 看護師若しくは准看護師（以下この章において「看護職員」という。）又は介護職員 単独型・併設型指定認知症対応型通所介護の単位ごとに、専ら当該単独型・併設型指定認知症対応型通所介護の提供に当たる看護職員又は介護職員が1以上及び当該単独型・併設型指定認知症対応型通所介護を提供している時間帯に看護職員又は介護職員（いずれも専ら当該単独型・併設型指定認知症対応型通所介護の提供に当たる者に限る。）が勤務している時間数の合計数を当該単独型・併設型指定認知症対応型通所介護を提供している時間数で除して得た数が1以上確保されるために必要と認められる数
  - (3) 機能訓練指導員 1以上
- 2 単独型・併設型指定認知症対応型通所介護事業者は、単独型・併設型指定認知症対応型通所介護の単位ごとに、前項第2号の看護職員又は介護職員を、常時1人以上当該単独型・併設型指定認知症対応型通所介護に従事させなければならない。
- 3 第1項第2号の規定にかかわらず、同項の看護職員又は介護職員は、利用者の処遇に支障がない場合は、他の単独型・併設型指定認知症対応型通所介護の単位の看護職員又は介護職員として

従事することができるものとする。

4 前各項の単独型・併設型指定認知症対応型通所介護の単位は、単独型・併設型指定認知症対応型通所介護であってその提供が同時に1又は複数の利用者（当該単独型・併設型指定認知症対応型通所介護事業者が単独型・併設型指定介護予防認知症対応型通所介護事業者（茂原市指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、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定める条例（平成25年茂原市条例第8号。以下「指定地域密着型介護予防サービス基準条例」という。）第5条第1項に規定する単独型・併設型指定介護予防認知症対応型通所介護事業者をいう。以下同じ。）の指定を併せて受け、かつ、単独型・併設型指定認知症対応型通所介護の事業と単独型・併設型指定介護予防認知症対応型通所介護（同項第1号に規定する単独型・併設型指定介護予防認知症対応型通所介護をいう。以下同じ。）の事業とが同一の事業所において一体的に運営されている場合にあっては、当該事業所における単独型・併設型指定認知症対応型通所介護又は単独型・併設型指定介護予防認知症対応型通所介護の利用者。以下この条において同じ。）に対して一体的に行われるものをいい、その利用定員（当該単独型・併設型指定認知症対応型通所介護事業所において同時に単独型・併設型指定認知症対応型通所介護の提供を受けることができる利用者の数の上限をいう。第63条第2項第1号アにおいて同じ。）を12人以下とする。

5 第1項第3号の機能訓練指導員は、日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練を行う能力を有する者とし、当該単独型・併設型指定認知症対応型通所介護事業所の他の職務に従事することができるものとする。

6 第1項の生活相談員、看護職員又は介護職員のうち1人以上は、常勤でなければならない。

7 単独型・併設型指定認知症対応型通所介護事業者が単独型・併設型指定介護予防認知症対応型通所介護事業者の指定を併せて受け、かつ、単独型・併設型指定認知症対応型通所介護の事業と単独型・併設型指定介護予防認知症対応型通所介護の事業とが同一の事業所において一体的に運営されている場合については、指定地域密着型介護予防サービス基準条例第5条第1項から第6項までに規定する人員に関する基準を満たすことをもって、前各項に規定する基準を満たしているものとみなすことができる。

（管理者）

第62条 単独型・併設型指定認知症対応型通所介護事業者は、単独型・併設型指定認知症対応型通所介護事業所ごとに専らその職務に従事する常勤の管理者を置かなければならない。ただし、単独型・併設型指定認知症対応型通所介護事業所の管理上支障がない場合は、当該単独型・併設型指定認知症対応型通所介護事業所の他の職務に従事し、又は同一敷地内にある他の事業所、施

設等の職務に従事することができるものとする。

- 2 単独型・併設型指定認知症対応型通所介護事業所の管理者は、適切な単独型・併設型指定認知症対応型通所介護を提供するために必要な知識及び経験を有する者であって、別に市長が定める研修を修了しているものでなければならない。

(メモ)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



(メモ)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

<参考>地域密着型通所介護事業所

| 職種    | 資格要件   | 配置基準   |
|-------|--|--|
| 管理者   | 特になし   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・原則として専らその職務に従事する常勤の者1名。</li> <li>＊同一敷地内の場合は、支障のない範囲で他事業所等と兼務可。併設される入所施設の看護・介護職員との兼務は不可。</li> </ul>   |
| 生活相談員 | <p>【社会福祉法第19条第1項各号のいずれかに該当する者】</p> <p>○社会福祉主事任用資格</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・厚生労働大臣の指定する養成機関又は講習会の課程を修了した者等</li> <li>・三科目主事：指定された科目を3つ以上修めて大学・短大を卒業したもの</li> <li>・社会福祉士</li> <li>・精神保健福祉士</li> </ul> <p>○同等以上の能力を有すると認められるもの</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・介護福祉士</li> <li>・介護支援専門員</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>＊社会福祉主事任用資格の参考 URL。厚労省のウェブサイト <a href="http://www.mhlw.go.jp/bunya/seikatsuhogo/shakai-kaigo-fukushi9.html">http://www.mhlw.go.jp/bunya/seikatsuhogo/shakai-kaigo-fukushi9.html</a></li> <li>・サービス提供時間数（開始時刻から終了時刻まで）に応じて、専ら地域密着型通所介護サービスの提供にあたる生活相談員が1名以上確保されること。</li> <li>＊生活相談員の勤務時間数の計算式<br/>提供日ごとに確保すべき勤務時間数 ≥ 提供時間数</li> <li>※提供時間数 = 事業所におけるサービス提供開始時刻から終了時刻まで（サービスが提供されていない時刻を除く。）とする。</li> <li><b>⇒欠員は人員基準違反であるため、休止届が廃止届の提出が必要になる。</b></li> </ul>   |
| 看護職員  | <p>利用定員 10人以下</p> <p>看護職員→看護師、准看護師</p> <p>介護職員→特になし</p>  | <p>&lt;看護職員又は介護職員&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・専ら地域密着型通所介護サービスの提供にあたる看護職員又は介護職員が1名以上確保されること。</li> <li>・単位ごとに確保すべき勤務延時間数 = 平均提供時間数</li> <li>＊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</li> <li>＊単位ごとに、看護職員又は介護職員を常時1名以上従事させること。</li> </ul>  |
|       | <p>利用定員 11人以上</p> <p>看護職員→看護師、准看護師</p> <p>介護職員→特になし</p>  | <p>&lt;看護職員&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・専ら地域密着型通所介護サービスの提供にあたる看護職員が1名以上確保されること。（提供時間帯を通じて専従の必要はないが、提供時間帯を通じて事業所と密接かつ適切な連携を図ること）病院、診療所、看護ステーションとの連携により配置することも可能だが、営業日ごとに利用者の健康状態の確認を行う必要がある。</li> <li>・少なくとも営業日の2時間以上は実際に配置されている必要がある。</li> <li>・利用者数ではなく利用定員であることに注意。</li> </ul> <p>&lt;介護職員&gt;</p> <p>①利用者15人までの場合</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・単位ごとに確保すべき勤務延時間数 = 平均提供時間数</li> </ul> <p>②利用者16人以上の場合</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・単位ごとに確保すべき勤務延時間数 = ((利用者数 - 15) ÷ 5 + 1) × 平均提供時間数</li> </ul> |

※介護職員・看護職員について、欠員の場合は、人員基準違反となる上、人員基準欠如減算での請求が必要となる。減算が続く場合は、休止届か廃止届の提出が必要になる。

|             |   |  |
|-------------|---|--|
| 機能訓練<br>指導員 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・理学療法士・作業療法士</li> <li>・言語聴覚士</li> <li>・看護師・准看護師</li> <li>・柔道整復師</li> <li>・あん摩マッサージ指圧師</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・1名以上</li> <li>・営業する週の半分以上、サービス単位ごとに2時間以上配置が必要。</li> </ul> <p>⇒欠員は人員基準違反であるため、休止届か廃止届の提出が必要になる。</p> |
|-------------|---|--|

※生活相談員、介護職員のうち、1名以上は常勤でなければならない。

(メモ)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

<参考>認知症対応型通所介護事業所

| 職種  | 資格要件   | 配置基準   |
|---|--|--|
| 管理者   | 厚生労働省の定める研修「認知症対応型サービス事業管理者研修」を終了していること。   | <ul style="list-style-type: none"> <li>原則として専らその職務に従事する常勤の者1名。</li> <li>*同一敷地内の場合は、支障のない範囲で他事業所等と兼務可。</li> </ul>   |
| 生活相談員   | <p>【社会福祉法第19条第1項各号のいずれかに該当する者】</p> <p>○社会福祉主事任用資格</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>厚生労働大臣の指定する養成機関又は講習会の課程を修了した者等</li> <li>三科目主事：指定された科目を3つ以上修めて大学・短大を卒業したもの</li> <li>社会福祉士</li> <li>精神保健福祉士</li> </ul> <p>○同等以上の能力を有すると認められるもの</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>介護福祉士</li> <li>介護支援専門員</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>*社会福祉主事任用資格の参考 URL。厚労省のウェブサイト <a href="http://www.mhlw.go.jp/bunya/seikatsuhogo/shakai-kaigo-fukushi9.html">http://www.mhlw.go.jp/bunya/seikatsuhogo/shakai-kaigo-fukushi9.html</a></li> <li>サービス提供時間数（開始時刻から終了時刻まで）に応じて、専ら認知症対応型通所介護サービスの提供にあたる生活相談員が1名以上確保されること。</li> <li>*生活相談員の勤務時間数の計算式<br/>提供日ごとに確保すべき勤務時間数 ≥ 提供時間数</li> <li>※提供時間数 = 事業所におけるサービス提供開始時刻から終了時刻まで（サービスが提供されていない時刻を除く。）とする。</li> <li>⇒欠員は人員基準違反であるため、直ちに休止届か廃止届の提出が必要になる。</li> </ul> |
| 看護職員<br>介護職員  | <p>看護職員→看護師、准看護師</p> <p>介護職員→特になし</p>  | <p>&lt;看護職員又は介護職員&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>単位ごとに、専ら認知症対応型通所介護の提供にあたる看護職員又は介護職員が2名以上確保されるために必要と認められる数。</li> <li>*1名は専ら従事すること。</li> <li>*もう1名は、勤務している時間数の合計を提供時間数で除して得た数が1以上となること。</li> </ul>  |
| <p>※介護職員・看護職員について、欠員の場合は、人員基準違反となる上、人員基準欠如減算での請求が必要となる。減算が続く場合は、休止届か廃止届の提出が必要になる。</p> |  |  |
| 機能訓練<br>指導員   | <ul style="list-style-type: none"> <li>理学療法士・作業療法士</li> <li>言語聴覚士</li> <li>看護師・准看護師</li> <li>柔道整復師</li> <li>あん摩マッサージ指圧師</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>1名以上</li> <li>営業する週の半分以上、サービス単位ごとに2時間以上配置が必要。</li> <li>⇒欠員は人員基準違反であるため、直ちに休止届か廃止届の提出が必要になる。</li> </ul>  |
| <p>※生活相談員、看護職員又は介護職員のうち、1名以上は常勤でなければならない。</p>   |  |  |

## (2) 定員超過・人員基準欠如減算について

### 【注意点】

- ・ 定員超過減算や人員基準欠如減算について、30%の減算となる。
- ・ 人員基準欠如減算の場合は、体制届の提出が必要。
- ・ 減算請求をしないで請求をしていた場合は、不正請求として行政処分の対象となる。
- ・ 減算請求をしたとしても基準違反状態であることは変わらないので、職員の増員・利用定員の変更等、即時対処が必要。やむを得ず解消ができない場合は、一旦休止をすること。
- ・ 定員超過に係る災害その他のやむを得ない理由については、市町村判断となる。事業所が勝手に判断を行わないこと。
- ・ 定員の考え方に関し、介護報酬請求をしていない利用者については、定員に含めなくてよいつの誤った認識の事業者が見受けられるため、要注意。
- ・ 定員変更があったにもかかわらず変更届出書が未提出だと減算対象となる。

### (メモ)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## 【地域密着型通所介護】

### ＜定員超過利用に該当する場合の所定単位数の算定について＞

- ① 当該事業所の利用定員を上回る利用者を利用させている、いわゆる定員超過利用に対し、介護給付費の減額を行うこととし、厚生労働大臣が定める利用者等の基準及び看護職員等の員数の基準並びに通所介護費等の算定方法（平成12年厚生省告示27号。以下「通所介護日等の算定方法」という。）において、定員超過利用の基準及び単位数の算定方法に明らかにしているところであるが、これは、適正なサービスの提供を確保するための規定であり、定員超過利用の未然防止を図るよう努めるものとする。
- ② この場合の利用者の数は、1月間（暦月）の利用者の数の平均を用いる。この場合、1月間の利用者の数の平均は、当該月におけるサービス提供日ごとの同時にサービスの提供を受けた者の最大数の合計を、当該月のサービス提供日数で除して得た数とする。この平均利用者数の算定に当たっては、小数点以下を切り上げるものとする。
- ③ 利用者の数が、通所介護費等の算定方法に規定する定員超過利用の基準に該当することとなった事業所については、その翌月から定員超過利用が解消されるに至った月まで、利用者の全員について、所定単位数が通所介護費等の算定方法に規定する算定方法に従って減算され、定員超過利用が解消されるに至った月の翌月から通常の所定単位数が算定される。
- ④ 市長村長は、定員超過利用が行われている事業所に対しては、その解消を行うように指導すること。当該指導に従わず、定員超過利用が2月以上継続する場合には、特別な事情がある場合を除き、指定の取消しを検討するものとする。
- ⑤ 災害、虐待の受入れ等やむを得ない理由による定員超過利用については、当該定員超過利用が開始した月（災害等が生じた時期が月末であって、定員超過利用が翌月まで継続することがやむを得ないと認められる場合は翌月も含む。）の翌月から所定単位数の減算を行うことはせず、やむを得ない理由がないにもかかわらずその翌月まで定員を超過した状態が継続している場合に、災害等が生じた月の翌々月から所定単位数の減算を行うものとする。

## 【地域密着型通所介護】

### <人員基準欠如に該当する場合の所定単位数の算定について>

① 当該事業所の看護職員及び介護職員の配置数が人員基準上満たすべき員数を下回っている、いわゆる人員基準欠如に対し、介護給付費の減額を行うこととし、通所介護費等の算定方法において、人員基準欠如の基準及び単位数の算定方法を明らかにしているところであるが、これは、適正なサービスの提供を確保するための規定であり、人員基準欠如の未然防止を図るよう努めるものとする。

② 人員基準欠如についての具体的取扱いは次のとおりとする。

イ 看護職員の数、1月間の職員の数の平均数を用いる。この場合、1月間の職員の平均は、当該月のサービス提供日に配置された延べ人数を当該月のサービス提供日数で除して得た数とする。

ロ 介護職員の数、利用者数及び提供時間数から算出する勤務延時間数を用いる。この場合、1月間の勤務延時間数は、配置された職員の1月の勤務延時間数を、当該月において本来確保すべき勤務延時間数で除して得た数とする。

ハ 人員基準上必要とされる員数から1割を超えて減少した場合にはその翌月から人員基準欠如が解消されるに至った月まで、利用者全員について所定単位数が通所介護費等の算定方法に規定する算定方法に従って減算する。

・(看護職員の算定式)

$$\frac{\text{サービス提供日に配置された延べ人数}}{\text{サービス提供日数}} < 0.9$$

・(介護職員の算定式)

$$\frac{\text{当該月に配置された職員の勤務延時間数}}{\text{当該月に配置すべき職員の勤務延時間数}} < 0.9$$

二 1割の範囲内で減少した場合には、その翌々月から人員基準欠如が解消されるに至った月まで、利用者等の全員について所定単位数が通所介護費等の算定方法に規定する算定方法に従って減算される（ただし、翌月の末日において人員基準を満たすに至っている場合を除く。）

・（看護職員の算定式）

$$0.9 \leq \frac{\text{サービス提供日に配置された延べ人数}}{\text{サービス提供日数}} < 1.0$$

・（介護職員の算定式）

$$0.9 \leq \frac{\text{当該月に配置された職員の勤務延時間数}}{\text{当該月に配置すべき職員の勤務延時間数}} < 1.0$$

- ③ 市町村長は、著しい人員基準欠如が継続する場合には、職員の増員、利用定員等の見直し、事業の休止等を指導すること。当該指導に従わない場合には、特別な事情がある場合を除き、指定の取消しを検討するものとする。

#### 【認知症対応型通所介護】

##### <人員基準を満たさない状況で提供された場合>

- ① 看護職員又は介護職員が基準で定める人員基準を満たしていない場合は、所定単位数に100分の70を乗じて得た単位数を算定するものとする。従業者が欠員が出た場合のほかに、従業者が病欠した場合等も含まれる。
- ② 市町村は、従業者に欠員が生じている状態が1か月以上継続する場合には、事業所に対して定員の見直し又は事業の休止を指導するものとする。指導に従わずに事業を継続する事業所に対しては、特別な事情がある場合を除き、指定の取消しを検討するものとする。

（メモ）

---

---

---



## (3) 変更届・体制届の取扱いについて

### 1. 変更届について

事業所の名称、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場合は、その旨を変更後10日以内（一部を除く）に『変更届出書』にて市に届け出る必要があります。

※変更届出をする場合、従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表等は、変更日の該当月のものでご提出ください。

注) 変更内容に関わらず、付表（地域密着型通所介護事業所・通所型サービスの指定に係る記載事項）は必ず添付してご提出ください。

### 2. 体制届について

介護報酬の単位は、基準に定められた事業所・施設の人員配置区分に応じて設定されています。また、基準等を満たした場合に算定できる加算や、満たさない場合に行わなければならない減算があります。

指定事業者は、介護報酬算定に関する体制等について届出を行う必要があります。

#### ○届出が必要な場合

1. 指定申請をしようとするとき
2. 届出済の内容に変更があった時
3. 介護給付費の算定に際し事前の届出が必要な加算・減算の適用を受けようとするとき
4. 法改正等に伴い届出事項が追加・変更となったとき

#### ○提出時期

加算を算定する前月15日まで

※提出が遅れると、当該月の算定が難しくなります。また、届出がない場合、サービスの提供があっても報酬は支払われません。

## (4) その他

### ①介護予防・日常生活支援総合事業に関するみなし指定の更新について

#### **1.介護予防・日常生活支援総合事業に関するみなし指定の概要**

##### **(1)みなし指定の趣旨**

予防給付である介護予防訪問介護、介護予防通所介護を総合事業として市町村に円滑に移行するという趣旨から、介護予防・日常生活支援総合事業（以下、「総合事業」という）に関する事業者の指定について、事業開始時における市町村の事務負担を軽減するため、みなし指定の枠組みが設けられています（医療介護総合確保推進法附則第13条ただし書）。

##### **(2)みなし指定の有効期間**

みなし指定の効力は、平成27年4月1日から生じ、その有効期間は、第6期事業計画期間における経過措置として、原則、平成27年4月から平成30年3月末までの3年間とされています（介護保険法施行規則附則第31条本文）。

なお、市町村が平成27年4月までにその有効期間を定めた場合、みなし指定の有効期間は、その定める期間となります（介護保険法施行規則附則第31条ただし書き）。

##### **(3)みなし指定の有効期間経過後の取扱い**

みなし指定事業者が、平成30年4月1日以降も事業を継続するには、総合事業の指定の更新を受ける必要があります。※

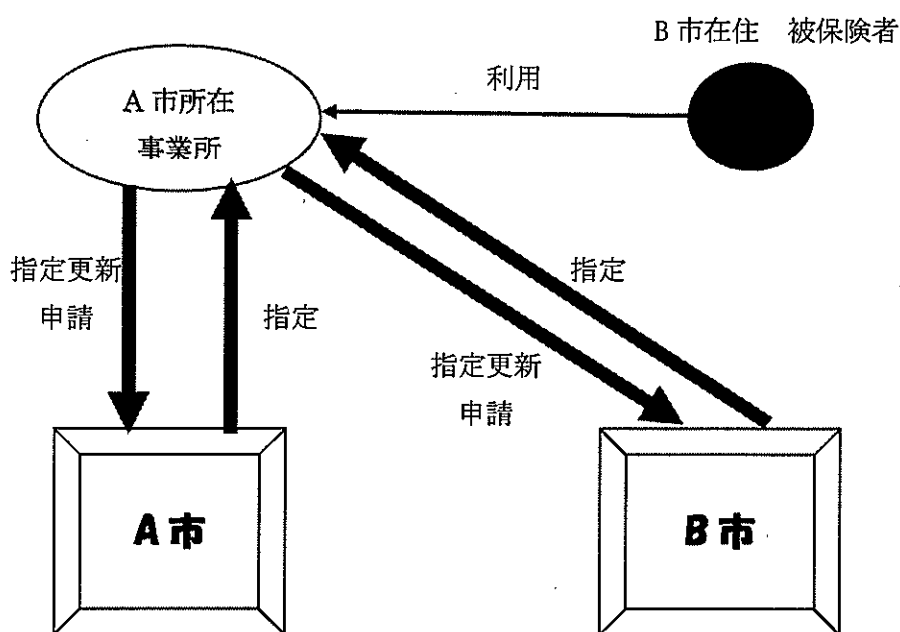
※総合事業の指定有効期間について、市内の事業所の場合は、本体事業所と同じ有効期間にします。

##### **(4)総合事業に関するみなし指定の効力の範囲**

総合事業に関するみなし指定の効力は、予防給付の指定からの円滑な移行のため、全市町村に及んでいます。

これに対し、総合事業に係るみなし指定の更新の効力は、更新手続きを行った各市町村の区域内においてのみ及びます。このため、事業所が所在している市町村以外の市町村の被保険者が利用している事業所においては、事業所所在市町村の指定更新とともに、被保険者の住民票がある市町村の指定更新が必要となります。

<他市町村の利用者がいる場合の手続き>



※B市在住の被保険者が利用している限り、B市への手続き(指定更新、変更届、体制届 etc..)が必要になります。詳しい手続き等については該当市町村にお問い合わせください。

平成29年9月27日付けで指定更新についての通知を送付させていただきましたが、再度ご確認いただければと思います。

注)

・定款・運営規定の文言について

「介護保険法に基づく地域密着型サービス事業」と合わせて、要支援を受け入れている場合は、「介護保険法に基づく第1号事業(～第1号通所事業、～第1号訪問事業も可)」等をいれていただくようお願いいたします。

## ②負担割合証の確認について

- 負担割合証の利用者負担割合の確認を徹底してください。
- 年度途中の負担割合の変更にご注意ください。

- ・年度途中に変更となるケースには、世帯員（第1号被保険者）の転出入等による世帯構成員の変更、利用者本人の65歳到達、所得更正などにより変更となる場合があります。
- ・所得更正による負担割合の変更は年度を遡ることがあります。  
なお、年度を遡るケースでは、過年度分の負担割合証は発行しておりません。  
市では対象被保険者及び居宅介護支援事業所へ連絡をしております。  
変更後の負担割合をご確認いただきましたら、サービス利用のあった事業所は過誤申立手続きをお願いいたします。

## ③運営推進会議

- ・地域密着型通所介護及び認知症対応型通所介護における運営推進会議については、概ね6月に1回以上開催すること。
- ・委員の構成：利用者、利用者家族、地域住民の代表者（民生委員・自治会長等）、地域包括支援センター職員又は市職員、地域密着型通所介護について知見を有する者等
- ・会議の内容：運営状況の報告・評価、運営に関する要望・助言等を聴く。

## ④事故報告書について

- ・サービス提供中に事故が発生した場合は、当該被保険者のご家族及び当該被保険者に係る居宅介護支援事業者等への連絡と同時に、市への報告が必要なため、事故発生後、各事業所は速やかに事故報告書を作成し、市へご提出ください。

## ⑤その他注意事項

- ・更新等を受けている段階で、建築基準法に則った建築確認・用途変更等を行っていない事業所が多数見受けられるため、再度確認してください。
- ・実地指導等に行った時に、運営規定や従業者の勤務体制等を見やすい場所に掲示していない事業所がありますので、再度確認してください。
- ・定款・運営規定・契約書・重要事項説明書等が、報酬改正等の都度、対応できていない事業所があるので、再度確認してください。

- ・ 宿泊サービスについては、届出・公表が必要ですので、ご注意ください。
- ・ 居宅サービス計画（ケアプラン）と通所介護計画との連動性を高める目的として、居宅介護支援事業者への通所介護計画の提供にもご協力ください。
- ・ 平成30年8月から、現役並み所得者のサービス利用負担割合が3割に引き上げられる予定であり、3割になることにあわせて、給付制限対象者（高額不支給対象者）の負担割合も、3割から4割への引き上げが検討されていますので、今後も改正のたびにご確認ください。

【添付資料】

①H24.11.9 県通知

②H28.2.3 県通知

③変更届出書添付書類一覧

④変更届出書

⑤付表

- ・地域密着型通所介護事業所の場合＝付表 9
- ・認知症対応型通所介護事業所の場合＝付表 2 - 1

⑥加算・減算算定に要する届出一覧表

- ・地域密着型通所介護事業所用
- ・認知症対応型通所介護事業所用

⑦体制届出書

⑧体制一覧表

※地域密着型通所介護については、総合事業分もあります。

⑨事故報告書 HP

⑩チェックシート

- ・地域密着型通所介護事業所の場合＝地域密着型通所介護におけるチェックシート
- ・認知症対応型通所介護事業所の場合＝認知症対応型通所介護におけるチェックシート

保指第 1587 号  
平成 24 年 11 月 9 日

各（介護予防）通所介護事業所管理者 様

千葉県健康福祉部保険指導課長  
（公印省略）

通所介護事業所における機能訓練指導員の配置について（通知）

日頃、介護保険行政の推進に御協力をいただき、厚く御礼を申し上げます。

さて、通所介護事業所については、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（以下「基準省令」という。）第 93 条 1 項四号に機能訓練指導員一以上、同条第 6 項に「機能訓練指導員は、日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練を行う能力を有する者」と規定され、基準省令の解釈通知に、「訓練を行う能力を有する者」とは、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師の資格を有する者と示されています。

通所介護は、利用者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という基準省令第 92 条の基本方針に基づき、（介護予防）通所介護事業所（千葉市、船橋市又は柏市に所在する事業所を除く。以下同じ。）においては、下記のとおり取り扱うことになりましたので、遺漏のないようよろしくお願いします。

なお、新たに有資格の機能訓練指導員を配置した場合、変更届の提出は不要であることを申し添えます。

また、裏面の別紙（Q&A）をご確認いただきますようお願いいたします。

記

1 取扱事項

（介護予防）通所介護事業所においては、機能訓練指導員として資格（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）のいずれかが有する者を 1 名以上配置すること。

2 取扱適用日 平成 24 年 4 月 1 日

なお、経過措置として取扱適用日前に指定を受けた（介護予防）通所介護事業所は、平成 25 年 11 月 30 日までの間、従前の取扱いで差し支えないこと。

別紙 (Q&A)

問1 看護職員とは何か。

答1 看護職員は、看護師及び准看護師を言います。

問2 これまで、旧個別機能訓練加算を算定しない場合、機能訓練指導員は有資格者でなくても構わないと聞いていたが、取り扱いが変更になった理由はなにか。

答2 これまで、千葉県では厚生労働省令の解釈通知のただし書き「利用者の日常生活やレクリエーション、行事を通じて行う機能訓練については、当該事業所の生活相談員又は介護職員が兼務して行っても差し支えない」を根拠とし、生活相談員又は介護職員が機能訓練指導員を兼務する場合、機能訓練指導員が有資格者でなくても差し支えないと取り扱ってきたところです。

しかしながら、通所介護の目的が、利用者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あること、平成24年度介護報酬改定に伴い旧個別機能訓練加算Ⅰが基本報酬に包括化されたこと等を踏まえ、有資格の機能訓練指導員を配置するよう取り扱いを変更したものです。

問3 有資格の機能訓練指導員を一週間のうちどの程度配置すればよいか。

答3 千葉県では、有資格の機能訓練指導員を一週間のサービス提供日の半数以上（週5日営業であれば週3日以上、週7日営業であれば週4日以上）配置するよう指導しています。これは、利用者が等しく有資格の機能訓練指導員の機能訓練を受けられるよう公平性の確保を図ることなどを目的としています。

なお、千葉県では、サービス単位ごとに2時間以上の配置を指導していますが、これは、機能訓練の準備や書面整理及び介護職員への指導等の業務を踏まえると最低2時間は勤務していただく必要があると判断したものです。必ずしも2時間以上の機能訓練の実施を求めているものではありませんのでご留意願います。



**問4 有資格の機能訓練指導員を配置しない日は機能訓練をしなくてよいのか。**

答4 有資格の機能訓練指導員を配置しない日であっても、従前のおり生活相談員又は介護職員が利用者の日常生活やレクリエーション、行事を通じて行う機能訓練を行わねばなりません。この場合もサービス単位ごとに2時間以上配置していただきます。

**問5 個別機能訓練加算ⅠまたはⅡの算定をしない場合でも有資格の機能訓練指導員の配置は必要か。**

答5 個別機能訓練加算ⅠまたはⅡの算定をしない場合でも有資格の機能訓練指導員を配置しなければなりません。

**問6 介護予防通所介護のみ行っているが、通所介護と同じく有資格の機能訓練指導員の配置は必要か。なお、通所介護と介護予防通所介護にそれぞれ配置する必要があるか。**

答6 介護予防通所介護のみであっても通所介護同様、有資格の機能訓練指導員を配置しなければなりません。

なお、通所介護と介護予防通所介護を同一の事業所で一体的に運営している場合は、それぞれ配置する必要はありません。

**問7 定員が10人以下の小規模通所介護事業所でも有資格の機能訓練指導員を配置する必要があるか。**

答7 定員の数に係わらず、有資格の機能訓練指導員を配置しなければなりません。

各 (介護予防) 通所介護事業所管理者 様

資料 2

千葉県健康福祉部高齢者福祉課長  
(公印省略)

(介護予防) 通所介護事業所における看護職員の配置について  
(通知)

日頃、介護保険行政の推進に御協力をいただき、厚く御礼を申し上げます。

さて、従前、県所管の指定通所介護事業所においては、単位ごとの利用定員を基に、看護職員等の配置緩和について定めた指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例 (以下、「基準条例」) 第 100 条第 2 項の適用の有無を判断してきました。

しかしながら、平成 27 年 9 月 19 日付け全国介護保険担当課長会議資料 61 頁「問 143 (答)」において、明示的に「利用定員については、事業所において同時にサービス提供を受けることができる利用者の数の上限をいうものであるため、単位ごとの定員のことでない。」と示されたところです。

つきましては、今後、基準条例第 100 条第 2 項にいう「利用定員」とは、事業所としての最大同時受入者数を指すとし、以下のとおり取り扱うことになりましたので、遺漏のないようよろしくお願いします。

また、具体的取扱いについては別紙 (Q&A) を御確認いただきますようお願いいたします。

記

1 取扱事項

利用定員とは事業所において同時にサービス提供を受けることができる利用者の数の上限であることから、利用定員が 10 名を超える場合、全ての単位において看護職員を配置する必要がある (別紙 (Q&A) 参照)。

2 取扱適用日 平成 28 年 4 月 1 日

なお、経過措置として取扱適用日前に指定を受けた (介護予防) 通所介護事業所は、平成 29 年 4 月 1 日までの間、従前の取扱いで差し支えないこと。

千葉県健康福祉部高齢者福祉課  
介護事業者指導班  
TEL 043(223)2386  
FAX 043(227)0050

## 指定通所介護事業所等における看護職員の配置についてのQ&amp;A

## 問1 基準条例第100条第2項の利用定員とは何か。

利用定員とは、事業所において同時にサービス提供を受けることができる利用者の数の上限である。

なお、単位ごとの定員のことでない。

(参考)平成27年9月19日付け全国介護保険担当課長会議資料61頁「問143(答)」

## 問2 今回の解釈変更により、具体的にどのように取扱いが変わるのか。

従前、基準条例第100条第2項にいう「利用定員」とは、単位としての最大同時受入者数を指すとしていたため、利用定員が10人以下である単位があった場合、当該単位においては基準条例第100条第2項を適用し、看護職員を配置しなくてよいとしていた。

しかしながら、今回の取扱い変更により、基準条例第100条第2項にいう「利用定員」とは、事業所としての最大同時受入者数を指すとするため、複数単位を実施している事業所においても、最大同時受入者数が10名を超える単位が一つでもあれば、全ての単位において看護職員を配置する必要がある。

## (具体例①)

1単位目 月～土曜日 (利用定員：10名)

2単位目 日曜日 (利用定員：15名)

全ての単位において看護職員の配置が必要

1単位目

月曜日～土曜日 (利用定員：10名)

⇒看護職員の配置必要

2単位目

日曜日 (利用定員：15名)

⇒看護職員の配置必要

※従前の取扱いでは、利用定員10名を超えない月曜日～土曜日の単位においては看護職員の配置は不要だったが、今回の取扱いの変更により全ての営業日において看護職員の配置が必要になった。

## (具体例②)

1単位目 月～金曜日 9:00～13:00 (利用定員：10名)

2単位目 月～金曜日 14:00～18:00 (利用定員：15名)

全ての単位において看護職員の配置が必要

1単位目

月～金曜日 9:00～13:00 (利用定員：10名)

⇒看護職員の配置必要

2単位目

月～金曜日 14:00～18:00 (利用定員：15名)

⇒看護職員の配置必要

※従前の取扱いでは、利用定員10名を超えない午前中の単位においては看護職員の配置は不要だったが、今回の取扱いの変更により、全ての営業日において看護職員の配置が必要になった。

問3 看護職員は、どのように配置すればよいのか。

看護職員については、提供時間帯を通じて専従する必要はありませんが、提供日ごとに当該事業所において利用者の健康状態の確認等を行う時間帯は専従（実際に当該事業所で勤務すること）が必要です。

（参考）平成27年度 千葉県集団指導資料

※従前の取扱いと変更ありません。

問4 訪問看護ステーション等との連携により、看護職員を配置する場合の留意点

病院、診療所又は訪問看護ステーションとの契約等で確保した看護職員により配置を行う場合、営業日ごとに利用者の健康状態の確認を行っていること及び指定通所介護事業所の提供時間帯を通じて密接かつ適切な連携が図られていることを明確にするため、当該契約等に際しては、下記の内容を合意内容とした文書を取り交わす必要がある。

- ・提供日ごとに、実際に指定通所介護事業所に来所して、利用者の健康状態の確認を含め必要な業務を行うこと
- ・提供時間帯を通じ、必要があった場合に看護職員が駆けつけることができる体制や協定先の病院等から適切な指示を受けられる連絡体制を確保し密接かつ適切な連携をする旨及びその具体的な運用方法
- ・その他協定等の適切な実施の確保のために必要な事項

（参考）平成27年度 千葉県集団指導資料より抜粋

（平成27年度改正）通知より）  
病院、診療所、訪問看護ステーションとの連携により、看護職員が指定通所介護事業所の営業日ごとに利用者の健康状態の確認を行い、病院、診療所、訪問看護ステーションと指定通所介護事業所が提供時間帯を通じて密接かつ適切な連携を図っている場合には、看護職員が確保されているものとする。  
なお、「密接かつ適切な連携」とは、指定通所介護事業所へ駆けつけることができる体制や適切な指示ができる連絡体制などを確保することである。

※従前の取扱いと変更ありません。

参考法令

基準条例（抜粋）

第百条 指定通所介護の事業を行う者（以下「指定通所介護事業者」という。）が当該事業を行う事業所（以下「指定通所介護事業所」という。）ごとに置くべき従業者（以下この節から第四節までにおいて「通所介護従業者」という。）の員数は、次の各号に掲げるとおりとする。

二 看護師又は准看護師（以下この章において「看護職員」という。） 指定通所介護の単位ごとに、専ら当該指定通所介護の提供に当たる看護職員が一以上確保されるために必要と認められる数

2 当該指定通所介護事業所の利用定員が十人以下である場合にあっては、前項の規定にかかわらず、看護職員及び介護職員の員数を、指定通所介護の単位ごとに、当該指定通所介護を提供している時間帯に看護職員又は介護職員（いずれも専ら当該指定通所介護の提供に当たる者に限る。）が勤務している時間数の合計数を提供単位時間数で除して得た数が一以上確保されるために必要と認められる数とすることができる。

## 変更届出書添付書類一覧

### ○届出について

変更があったときは、変更届と添付書類を高齢者支援課に提出してください。

### ○期限

変更日から10日以内ですができるだけ事前に届け出てください。（一部を除く）

### 【変更届に必要な書類】

#### 1. 変更届出書

#### 2. 付表（指定に係る記載事項）

#### 3. 添付書類

#### <添付書類一覧>

| 変更する事項                                   | 添付書類                                    | 留意点 |
|--|---|-----|
| ①事業所・施設の名称                               | ・運営規程                                   |     |
| ②事業所・施設の所在地                              | ・平面図<br>・事業所内外の写真<br>・運営規程              |     |
| ③主たる事務所の所在地                              | ・定款<br>・履歴事項全部証明書                       |     |
| ④代表者の氏名、住所及び職名                           | ・定款<br>・履歴事項全部証明書<br>・誓約書及び役員名簿         |     |
| ⑤定款・寄付行為等及びその登記事項証明書又は条例等（指定事業に関するものに限る） | ・定款<br>・履歴事項全部証明書                       |     |
| ⑥事業所・施設の建物の構造、専用区画等                      | ・平面図<br>・変更された部分の写真<br>・設備・備品等一覧表       |     |
| ⑦事業所・施設の管理者の氏名及び住所                       | ・管理者の経歴書<br>・勤務形態一覧表                    |     |
| ⑧サービス提供責任者の氏名及び住所                        | ・サービス提供責任者の経歴書<br>・資格証明書の写し<br>・勤務形態一覧表 |     |
| ⑨介護支援専門員の氏名及び登録番号                        | ・介護支援専門員証の写し                            |     |
| ⑩運営規程                                    | ・運営規程                                   |     |

|                                 |   |  |
|---------------------------------|---|--|
| ⑪定員の変更                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>・運営規程</li> <li>・勤務形態一覧表</li> </ul>                 |  |
| ⑫協力医療機関（病院）・協力歯科医療機関            | <ul style="list-style-type: none"> <li>・協力医療機関との契約書の写し</li> </ul>                         |  |
| ⑬介護老人福祉施設、介護老人保健施設、病院等との連携・支援体制 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・支援体制に係る契約書の写し</li> <li>・連携及び支援体制の概要</li> </ul>    |  |
| ⑭役員の氏名及び住所                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>・履歴事項全部証明書</li> <li>・誓約書</li> <li>・役員名簿</li> </ul> |  |
| ⑮併設施設の状況等                       | 特になし  |  |
| ⑯その他の事項                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>・変更項目に応じて証明となるものを添付してください</li> </ul>               |  |

## 変更届出書

平成 年 月 日

(宛先) 茂原市長

所在地

事業者 名称

印

代表者氏名

次のとおり指定を受けた内容を変更しましたので届け出ます。

|                   |  | 介護保険事業者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------------|--|-----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 指定内容を変更した事業所 (施設) |  | 名称        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                   |  | 所在地       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| サービスの種類           |  |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 変更があった事項          |  | 変更の内容     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1                 | 事業所・施設の名称                                    | (変更前)     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2                 | 事業所・施設の所在地                                   |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3                 | 申請者の名称                                       |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4                 | 主たる事務所の所在地                                   |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5                 | 代表者の氏名、住所及び職名                                |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6                 | 定款・寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等<br>(当該事業に関するものに限る。) |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7                 | 事業所・施設の建物の構造、専用区画等                           |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8                 | 事業所・施設の管理者の氏名及び住所                            |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9                 | サービス提供責任者の氏名及び住所                             |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10                | 介護支援専門員の氏名及び登録番号                             | (変更後)     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11                | 運営規程   |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12                | 定員の変更  |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 13                | 協力医療機関 (病院) ・協力歯科医療機関                        |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 14                | 介護老人福祉施設、介護老人保健施設、病院等との<br>連携・支援体制           |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 15                | 役員の氏名及び住所                                    |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 16                | 併設施設の状況等                                     |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 17                | その他の事項                                       |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 変更年月日             |  | 平成 年 月 日  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

- 備考 1 該当項目番号に○を付してください。  
2 変更内容が分かる書類を添付してください。



付表 9 地域密着型通所介護事業所・通所型サービスの指定に係る記載事項

受付番号

|   |                                |  |                |                   |    |   |
|---|--------------------------------|--|----------------|-------------------|----|---|
| 事業所   | フリガナ                           |  |                |                   |    |   |
|   | 名称                             |  |                |                   |    |   |
|   | 所在地                            | (郵便番号 - )<br>県 都市                                  |                |                   |    |   |
|   | 連絡先                            | 電話番号   |                | FAX 番号            |    |   |
| 当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等の条文                 |                                |  | 第              | 条第                | 項第 | 号 |
| 管理者   | フリガナ                           | (郵便番号 - )  |                |                   |    |   |
|   | 氏名                             |  |                |                   |    |   |
|   | 生年月日                           | 住所   |                |                   |    |   |
|   | 当該通所介護事業所で兼務する他の職種 (兼務の場合のみ記入) |  |                |                   |    |   |
| 同一敷地内の他の事業所<br>又は施設の従業者との兼<br>務 (兼務の場合のみ記入) | 名称                             |  |                |                   |    |   |
|   | 兼務する職種<br>及び勤務時間等              |  |                |                   |    |   |
| 従業者の職種・員数                                   | 生活相談員                          | 看護職員   | 介護職員           | 機能訓練指導員           |    |   |
| 常勤 (人)                                      |                                |  |                |                   |    |   |
| 非常勤 (人)                                     |                                |  |                |                   |    |   |
| 適合の可否                                       |                                |  |                |                   |    |   |
| 食堂及び機能訓練室の合計面積                              |                                |  | 基準上の必要数値       | 適合の可否             |    |   |
|   |                                |  | m <sup>2</sup> | m <sup>2</sup> 以上 |    |   |
| 主な<br>掲<br>示<br>事<br>項                      | 営業日                            | 単位ごとの営業日   |                |                   |    |   |
|   | 営業時間                           | 単位ごとのサービス提供時間 (送迎時間を除く) (① : ~ : ② : ~ : ③ : ~ : ) |                |                   |    |   |
|   | 利用定員                           | 人 (単位ごとの定員① 人 ② 人 ③ 人)                             |                |                   |    |   |
|   | 利用料                            | 法定代理受領分 (一割又は二割負担分)                                |                |                   |    |   |
|   |                                | 法定代理受領分以外  |                |                   |    |   |
|   | その他の費用                         |  |                |                   |    |   |
| 通常の事業実施地域                                   |                                |  |                |                   |    |   |
| 添付書類  | 別添のとおり                         |  |                |                   |    |   |

- 備考
- 1 「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要数値」「適合の可否」欄には、記入しないでください。
  - 2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
  - 3 「主な揭示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。
  - 4 機能訓練指導員については、生活相談員又は看護職員若しくは介護職員と兼務しない場合にのみ記載してください。
  - 5 従業者の員数については、総数を記載してください。出張所等がある場合については、当該出張所に従事する従業者の員数との合計数を記載してください。
  - 6 当該指定居宅サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定居宅サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況が分かるような料金表を提出してください。

付表 2 - 1 認知症対応型通所介護事業所・介護予防認知症対応型通所介護事業所の指定に係る記載事項（単独型・併設型）

受付番号

|                             |   |  |                |                   |         |  |
|-----------------------------|---|--|----------------|-------------------|---------|--|
| 事業所                         | フリガナ  |  |                |                   |         |  |
|                             | 名 称   |  |                |                   |         |  |
|                             | 所在地   | (郵便番号 - )<br>県 都市                                    |                |                   |         |  |
|                             | 連絡先   | 電話番号   |                |                   | FAX 番号  |  |
| 当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等の条文 |   |  |                | 第 条第 項第 号         |         |  |
| 併設事業所の種別、名称                 |   |  |                |                   | 事業所番号   |  |
| 管理者                         | フリガナ  |  |                |                   |         |  |
|                             | 氏 名   | 住所   |                | (郵便番号 - )         |         |  |
|                             | 生年月日  |  |                |                   |         |  |
|                             | 当該認知症対応型通所介護事業所で兼務する他の職種<br>(兼務の場合のみ記入)     |  |                |                   |         |  |
|                             | 同一敷地内の他の事業所<br>又は施設の従業者との兼<br>務 (兼務の場合のみ記入) | 名称   |                |                   | 事業所番号   |  |
|                             | 兼務する職種<br>及び勤務時間等                           |  |                |                   |         |  |
| 従業者の職種・員数                   |   | 生活相談員  | 看護職員           | 介護職員              | 機能訓練指導員 |  |
| 常 勤 (人)                     |   |  |                |                   |         |  |
| 非常勤 (人)                     |   |  |                |                   |         |  |
| 基準上の必要人員 (人)                |   |  |                |                   |         |  |
| 適合の可否                       |   |  |                |                   |         |  |
| 食堂及び機能訓練室の合計面積              |   |  | 基準上の必要数値       | 適合の可否             |         |  |
|                             |   |  | m <sup>2</sup> | m <sup>2</sup> 以上 |         |  |
| 主な<br>掲<br>示<br>事<br>項      | 営業日   | 単位ごとの営業日   |                |                   |         |  |
|                             | 営業時間  | 単位ごとのサービス提供時間(送迎時間を除く)<br>(① : ~ : ② : ~ : ③ : ~ : ) |                |                   |         |  |
|                             | 利用定員  | 人(単位ごとの定員① 人② 人③ 人)                                  |                |                   |         |  |
|                             | 利用料   | 法定代理受領分(一割又は二割負担分)                                   |                |                   |         |  |
|                             |   | 法定代理受領分以外  |                |                   |         |  |
|                             | 食事の提供に要する費用                                 |  |                |                   |         |  |
| 通常の事業実施地域                   |   |  |                |                   |         |  |
| 添付書類                        | 別添のとおり                                      |  |                |                   |         |  |

- 備考 1 「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要数値」「適合の可否」欄は記入しないでください。
- 2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
- 3 機能訓練指導員については、生活相談員又は看護職員若しくは介護職員と兼務しない場合にのみ記載してください。
- 4 従業者の員数については、総数を記載してください。出張所等がある場合については、当該出張所に従事する従業者の員数との合計数を記載してください。
- 5 当該指定地域密着型サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定地域密着型サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況が分かるような料金表を提出してください。

加算（減算）算定に要する届出一覧表

## 【地域密着型通所介護】

### ○届出が必要な加算(減算)の内容、必要書類、備考

- ・一覧表記載の加算（減算）を算定する場合は、事前に市への届出が必要です。  
※届出がない場合、サービスの提供があっても報酬は支払われません。
- ・書類に不備がある場合、再提出となります。

注) 書類が全てそろってからの受領となります。再提出が遅れると、当該月の算定が難しくなります。

#### ①<<全加算共通の必要書類>>

- ・介護給付費算定に係る体制等に関する届出書
- ・介護給付費算定に係る体制等状況一覧表

#### ②<<加算別必要添付書類>>

| 内容                      | 添付書類   | 備考 |
|-------------------------|--|----|
| 時間延長サービス体制              | <ul style="list-style-type: none"> <li>・従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表（加算算定月のもの）</li> <li>・運営規定（時間延長サービスの料金の記載）</li> </ul>  |    |
| 入浴介助体制                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・平面図（風呂の位置が明示されたもの）</li> <li>・浴室、浴槽の写真（設備・備品が確認できるもの）</li> </ul>  |    |
| 中重度者ケア体制加算              | <ul style="list-style-type: none"> <li>・従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表（加算算定月のもの）</li> <li>・資格証の写し</li> <li>・要介護者の占める割合が確認できる書類</li> </ul>   |    |
| 個別機能訓練加算<br>(I)<br>(II) | <ul style="list-style-type: none"> <li>・従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表（加算算定月のもの）</li> <li>・資格証の写し（機能訓練指導員）</li> <li>・個別機能訓練計画書の写し（任意の様式）</li> <li>・個別機能訓練記録書の写し（任意の様式）</li> </ul> |    |
| 認知症加算                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表（加算算定月のもの）</li> <li>・認知症介護に係る各研修の修了証の写し</li> </ul>  |    |

|  |   |  |
|--|---|--|
| 若年性認知症利用者受入加算                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>・従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表（加算算定月のもの）</li> </ul>  |  |
| 栄養改善体制                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表（加算算定月のもの）</li> <li>・資格証の写し</li> <li>・管理栄養士の雇用契約書</li> <li>・栄養ケア計画書、記録書（任意の様式）</li> </ul>                  |  |
| 口腔機能向上加算                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>・従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表（加算算定月のもの）</li> <li>・雇用契約書</li> <li>資格証の写し（言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員等）</li> <li>・口腔機能改善管理指導計画書</li> </ul>           |  |
| サービス提供体制強化加算<br>（Ⅰ）イ<br>（Ⅰ）ロ<br>（Ⅱ）（Ⅲ） | <ul style="list-style-type: none"> <li>・従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表（加算算定月のもの）</li> <li>・資格証の写し→（Ⅰ）イ又は（Ⅰ）ロ</li> <li>・実務経験証明書→（Ⅱ）又は（Ⅲ）</li> <li>・サービス提供体制強化加算に関する届出書</li> </ul> |  |
| 個別送迎体制強化加算                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>・従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表（加算算定月のもの）</li> <li>・資格証（看護師又は准看護師）</li> <li>・記録書（任意様式）</li> </ul>   |  |
| 入浴介助体制強化加算                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>・従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表（加算算定月のもの）</li> <li>・資格証（看護師又は准看護師）</li> <li>・記録書（任意様式）</li> </ul>   |  |

加算（減算）算定に要する届出一覧表

## 【認知症対応型通所介護】

### ○届出が必要な加算(減算)の内容、必要書類、備考

- ・一覧表記載の加算（減算）を算定する場合は、事前に市への届出が必要です。  
※届出がない場合、サービスの提供があっても報酬は支払われません。
- ・書類に不備がある場合、再提出となります。

注) 書類が全てそろってからの受領となります。再提出が遅れると、当該月の算定が難しくなります。

#### ①<<全加算共通の必要書類>>

- ・介護給付費算定に係る体制等に関する届出書
- ・介護給付費算定に係る体制等状況一覧表

#### ②<<加算別必要添付書類>>

| 内容            | 添付書類   | 備考 |
|---------------|--|----|
| 時間延長サービス体制    | <ul style="list-style-type: none"> <li>・従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表（加算算定月のもの）</li> <li>・運営規定（時間延長サービスの料金の記載）</li> </ul>  |    |
| 入浴介助体制        | <ul style="list-style-type: none"> <li>・平面図（風呂の位置が明示されたもの）</li> <li>・浴室、浴槽の写真（設備・備品が確認できるもの）</li> </ul>  |    |
| 個別機能訓練加算      | <ul style="list-style-type: none"> <li>・従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表（加算算定月のもの）</li> <li>・資格証の写し（機能訓練指導員）</li> <li>・個別機能訓練計画書の写し（任意の様式）</li> <li>・個別機能訓練記録書の写し（任意の様式）</li> </ul> |    |
| 若年性認知症利用者受入加算 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表（加算算定月のもの）</li> <li>・若年性認知症利用者の担当者が確認できる書類（任意様式）</li> </ul>   |    |

|   |  |  |
|---|--|--|
| <p>栄養改善体制</p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表（加算算定月のもの）</li> <li>・雇用契約書</li> <li>・資格証の写し（管理栄養士）</li> <li>・栄養ケア計画書、記録書（任意の様式）</li> </ul>  |  |
| <p>口腔機能向上<br/>加算</p>                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表（加算算定月のもの）</li> <li>・雇用契約書</li> <li>・資格証の写し（言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員等）</li> <li>・口腔機能改善管理指導計画書、記録書（任意の様式）</li> </ul>                                |  |
| <p>サービス提供<br/>体制強化加算<br/>(I) イ<br/>(I) ロ<br/>(II)</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表（前年4月～2月）</li> <li>※1. 前年度実績6か月未満の場合は届出日前3か月分</li> <li>・資格証の写し→(I) イ又は(I) ロ</li> <li>・実務経験証明書→(II)</li> <li>・サービス提供体制強化加算に関する届出書</li> </ul> |  |

介護給付費算定に係る体制等に関する届出書  
 <地域密着型サービス事業者・地域密着型介護予防サービス事業者用><介護予防支援事業者用>

平成 年 月 日

(宛先) 茂原市長

所在地  
 名称  
 代表者氏名

印

このことについて、関係書類を添えて以下のとおり届け出ます。

|                 |   |                   |       |             |               |                  |
|-----------------|---|-------------------|-------|-------------|---------------|------------------|
| 届出者             | フリガナ<br>名称                                |                   |       |             |               |                  |
|                 | 主たる事務所の所在地                                | (郵便番号 - )<br>県 都市 |       |             |               |                  |
|                 | 連絡先                                       | 電話番号              |       | FAX番号       |               |                  |
|                 | 法人の種別                                     | 法人所轄庁             |       |             |               |                  |
|                 | 代表者の職・氏名                                  | 職名                |       | 氏名          |               |                  |
|                 | 代表者の住所                                    | (郵便番号 - )<br>県 都市 |       |             |               |                  |
| 事業所の状況          | フリガナ<br>名称                                |                   |       |             |               |                  |
|                 | 主たる事業所の所在地                                | (郵便番号 - )<br>県 都市 |       |             |               |                  |
|                 | 連絡先                                       | 電話番号              |       | FAX番号       |               |                  |
|                 | 主たる事業所の所在地以外の場<br>所で一部実施する場合の出張所<br>等の所在地 | (郵便番号 - )<br>県 都市 |       |             |               |                  |
|                 | 連絡先                                       | 電話番号              |       | FAX番号       |               |                  |
|                 | 管理者の氏名                                    |                   |       |             |               |                  |
| 届出を行う事業所の状況     | 同一所在地において行う<br>事業等の種類                     | 実施<br>事業          | 指定年月日 | 異動等の区分      | 異動(予定)<br>年月日 | 異動項目<br>(※変更の場合) |
|                 | 夜間対応型訪問介護                                 |                   |       | 1新規 2変更 3終了 |               |                  |
|                 | 認知症対応型通所介護                                |                   |       | 1新規 2変更 3終了 |               |                  |
|                 | 小規模多機能型居宅介護                               |                   |       | 1新規 2変更 3終了 |               |                  |
|                 | 認知症対応型共同生活介護                              |                   |       | 1新規 2変更 3終了 |               |                  |
|                 | 地域密着型特定施設入居者生活介護                          |                   |       | 1新規 2変更 3終了 |               |                  |
|                 | 地域密着型介護老人福祉施設                             |                   |       | 1新規 2変更 3終了 |               |                  |
|                 | 定期巡回・随時対応型訪問介護看護                          |                   |       | 1新規 2変更 3終了 |               |                  |
|                 | 複合型サービス                                   |                   |       | 1新規 2変更 3終了 |               |                  |
|                 | 地域密着型通所介護                                 |                   |       | 1新規 2変更 3終了 |               |                  |
|                 | 介護予防認知症対応型通所介護                            |                   |       | 1新規 2変更 3終了 |               |                  |
|                 | 介護予防小規模多機能型居宅介護                           |                   |       | 1新規 2変更 3終了 |               |                  |
|                 | 介護予防認知症対応型共同生活介護                          |                   |       | 1新規 2変更 3終了 |               |                  |
|                 | 介護予防支援                                    |                   |       | 1新規 2変更 3終了 |               |                  |
| 地域密着型サービス事業所番号等 |   |                   |       |             |               |                  |
| 指定を受けている市町村     |   |                   |       |             |               |                  |
| 介護保険事業所番号       | (指定を受けている場合)                              |                   |       |             |               |                  |
| 既に指定等を受けている事業   |   |                   |       |             |               |                  |
| 医療機関コード等        |   |                   |       |             |               |                  |
| 特記事項            | 変更前                                       |                   |       | 変更後         |               |                  |
|                 |   |                   |       |             |               |                  |
| 関係書類            |   | 別添のとおり            |       |             |               |                  |

- 備考1 「受付番号」欄には記載しないでください。  
 2 「法人の種別」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記入してください。  
 3 「法人所轄庁」欄、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。  
 4 「実施事業」欄は、該当する欄に「○」を記入してください。  
 5 「異動等の区分」欄には、今回届出を行う事業所について該当する数字に「○」を記入してください。  
 6 「異動項目」欄には、(別紙1-3)「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表」に掲げる項目を記載してください。  
 7 「特記事項」欄には、異動の状況について具体的に記載してください。  
 8 「主たる事業所の所在地以外の場所で一部実施する場合の出張所等の所在地」について、複数の出張所等を有する場合は、適宜欄を補正して、全ての出張所等の状況について記載してください。

受付番号

資料 7

介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等に関する届出書

平成 年 月 日

(宛先) 茂原市長

所在地  
名称  
代表者氏名

印

このことについて、関係書類を添えて以下のとおり届け出ます。

|               |  |                   |          |             |               |                  |
|---------------|--|-------------------|----------|-------------|---------------|------------------|
| 届出者           | フリガナ<br>名 称                                |                   |          |             |               |                  |
|               | 主たる事務所の所在地                                 | (郵便番号 - )<br>県 都市 |          |             |               |                  |
|               | 連絡先  | (ビルの名称等)          | 電話番号     | FAX番号       |               |                  |
|               | 法人の種別                                      |                   | 法人所轄庁    |             |               |                  |
|               | 代表者の職・氏名                                   | 職名                |          | 氏名          |               |                  |
|               | 代表者の住所                                     | (郵便番号 - )<br>県 都市 | (ビルの名称等) |             |               |                  |
| 事業所の状況        | フリガナ<br>名 称                                |                   |          |             |               |                  |
|               | 主たる事業所の所在地                                 | (郵便番号 - )<br>県 都市 |          |             |               |                  |
|               | 連絡先  | (ビルの名称等)          | 電話番号     | FAX番号       |               |                  |
|               | 主たる事業所の所在地以外の場合<br>所で一部実施する場合の出張所<br>等の所在地 | (郵便番号 - )<br>県 都市 |          |             |               |                  |
|               | 連絡先  | (ビルの名称等)          | 電話番号     | FAX番号       |               |                  |
|               | 管理者の氏名                                     |                   |          |             |               |                  |
| 事業所<br>届出を行う  | 同一所在地において行う<br>事業等の種類                      | 実施<br>事業          | 指定年月日    | 異動等の区分      | 異動(予定)<br>年月日 | 異動項目<br>(※変更の場合) |
|               | 訪問型サービス                                    |                   |          | 1新規 2変更 3終了 |               |                  |
|               | 通所型サービス                                    |                   |          | 1新規 2変更 3終了 |               |                  |
|               | 介護保険事業所番号                                  |                   |          |             |               |                  |
| 既に指定等を受けている事業 |  |                   |          |             |               |                  |
| 医療機関コード等      |  |                   |          |             |               |                  |
| 特記事項          | 変 更 前                                      |                   |          | 変 更 後       |               |                  |
|               |  |                   |          |             |               |                  |
| 関係書類          | 別添のとおり                                     |                   |          |             |               |                  |

備考1 「受付番号」欄には記載しないでください。

2 「法人の種別」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記入してください。

3 「法人所轄庁」欄、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。

4 「実施事業」欄は、該当する欄に「○」を記入してください。

5 「異動等の区分」欄には、今回届出を行う事業所について該当する数字に「○」を記入してください。

6 「異動項目」欄には、(別紙1-3)「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表」に掲げる項目を記載してください。

7 「特記事項」欄には、異動の状況について具体的に記載してください。

8 「主たる事業所の所在地以外の場合で一部実施する場合の出張所等の所在地」について、複数の出張所等を有する場合は、適宜欄を補正して、全ての出張所等の状況について記載してください。





|                 |   |                        |               |                              |           |
|-----------------|---|------------------------|---------------|------------------------------|-----------|
| 73              | 小規模多機能型居宅介護<br>サテライト型小規模多機能型<br>居宅介護事業所 | 1 小規模多機能型居宅介護事業所       | 職員の欠員による減算の状況 | 1 なし 2 看護職員 3 介護職員           | 1 なし 2 あり |
|                 |   | 2 サテライト型小規模多機能型居宅介護事業所 |               | 1 なし 2 加算 I 3 加算 II 4 加算 III |           |
| 68              | 小規模多機能型居宅介護<br>(短期利用型)                  | 1 小規模多機能型居宅介護事業所       | 職員の欠員による減算の状況 | 1 なし 2 看護職員 3 介護職員           | 1 なし 2 あり |
|                 |   | 2 サテライト型小規模多機能型居宅介護事業所 |               | 1 なし 2 加算 I 3 加算 II 4 加算 III |           |
| 32              | 認知症対応型共同生活介護                            | 1 I型                   | 職員の欠員による減算の状況 | 1 基準型 6 減算型                  | 1 なし 2 あり |
|                 |   | 2 II型                  |               | 1 なし 2 介護従業者                 |           |
| 38              | 認知症対応型共同生活介護<br>(短期利用型)                 | 1 I型                   | 職員の欠員による減算の状況 | 1 なし 2 加算 I 3 加算 II          | 1 なし 2 あり |
|                 |   | 2 II型                  |               | 1 なし 2 加算 I 3 加算 II          |           |
| 36              | 地域密着型特定施設<br>入居者生活介護                    | 1 有料老人ホーム              | 職員の欠員による減算の状況 | 1 基準型 6 減算型                  | 1 なし 2 あり |
|                 |   | 2 軽費老人ホーム              |               | 1 なし 2 介護従業者                 |           |
|                 |   | 3 養護老人ホーム              |               | 1 なし 2 加算 I 3 加算 II          |           |
|                 |   | 5 サテライト型有料老人ホーム        |               | 1 なし 2 あり                    |           |
|                 |   | 6 サテライト型軽費老人ホーム        |               | 1 なし 2 加算 I 3 加算 II          |           |
|                 |   | 7 サテライト型養護老人ホーム        |               | 1 なし 2 加算 I 3 加算 II 4 加算 III |           |
|                 |   | 1 有料老人ホーム              |               | 1 なし 2 看護職員 3 介護職員           |           |
| 28              | 地域密着型特定施設<br>入居者生活介護<br>(短期利用型)         | 1 有料老人ホーム              | 職員の欠員による減算の状況 | 1 基準型 6 減算型                  | 1 なし 2 あり |
|                 |   | 2 軽費老人ホーム              |               | 1 なし 2 介護従業者                 |           |
| 5 サテライト型有料老人ホーム | 1 看護職員 3 介護職員                           | 1 看護職員 3 介護職員          |               |                              |           |
| 6 サテライト型軽費老人ホーム | 1 夜間看護体制                                | 1 看護職員 3 介護職員          |               |                              |           |

|    |  |  |                    |   |  |           |
|----|--|--|--------------------|---|--|-----------|
| 54 | 地域密着型<br>介護老人福祉施設<br>入所者生活介護               | 1 地域密着型介護老人福祉施設<br>サテライト型地域密着型介護老人福祉施設<br>ユニット型地域密着型介護老人福祉施設<br>サテライト型ユニット型地域密着型<br>介護老人福祉施設 | 1 経過的施設以外<br>経過的施設 | 夜間勤務条件基準<br>職員の欠員による減算の状況<br>ユニットケア体制<br>日常生活継続支援加算<br>看護体制加算<br>夜勤職員配置加算<br>準ユニットケア体制<br>個別機能訓練体制<br>若年性認知症入所者受入加算<br>常勤専従医師配置<br>精神科医師定期的療養指導<br>障害者生活支援体制<br>身体拘束廃止取組の有無<br>栄養マネジメント体制<br>薬費加算<br>看取り介護体制<br>在宅・入所相互利用体制<br>小規模拠点集合体制<br>認知症専門ケア加算<br>サービスマネジメント強化加算<br>介護職員処遇改善加算 | 1 基準型 6 減算型<br>1 なし 2 看護職員 3 介護職員 4 介護支援専門員<br>1 対応不可 2 対応可<br>1 なし 2 あり<br>1 なし 2 加算 I 3 加算 II<br>1 なし 2 あり<br>1 対応不可 2 対応可<br>1 なし 2 あり<br>1 なし 2 あり<br>1 なし 2 あり<br>1 なし 2 あり<br>1 なし 2 あり<br>1 対応不可 2 対応可<br>1 なし 2 あり<br>1 なし 2 あり<br>1 なし 2 あり<br>1 対応不可 2 対応可<br>1 なし 2 あり<br>1 なし 5 加算 I-I 2 加算 Iロ 3 加算 II 4 加算 III<br>1 なし 6 加算 I 5 加算 II 2 加算 III 3 加算 IV 4 加算 V | 1 なし 2 あり |
| 77 | 複合型サービスマネジメント<br>(看護小規模多機能型<br>居宅介護)       |  |                    | 職員の欠員による減算の状況<br>訪問看護体制減算<br>緊急時訪問看護加算<br>特別管理体制<br>ターミナルケア体制<br>訪問看護体制強化加算<br>総合マネジメント体制強化加算<br>サービスマネジメント強化加算<br>介護職員処遇改善加算   | 1 なし 2 看護職員 3 介護職員<br>1 なし 2 あり<br>1 なし 2 あり<br>1 対応不可 2 対応可<br>1 なし 2 あり<br>1 なし 2 あり<br>1 なし 2 あり<br>1 なし 2 あり<br>1 なし 5 加算 I-I 2 加算 Iロ 3 加算 II 4 加算 III<br>1 なし 6 加算 I 5 加算 II 2 加算 III 3 加算 IV 4 加算 V  | 1 なし 2 あり |
| 79 | 複合型サービスマネジメント<br>(看護小規模多機能型<br>居宅介護・短期利用型) |  |                    | 職員の欠員による減算の状況<br>サービスマネジメント強化加算<br>介護職員処遇改善加算   | 1 なし 2 看護職員 3 介護職員<br>1 なし 5 加算 I-I 2 加算 Iロ 3 加算 II 4 加算 III<br>1 なし 6 加算 I 5 加算 II 2 加算 III 3 加算 IV 4 加算 V  | 1 なし 2 あり |
| 74 | 介護予防認知症対応型<br>通所介護                         | 1 単独型<br>2 併設型<br>3 グループホーム等活用型  |                    | 職員の欠員による減算の状況<br>時間延長サービスマネジメント<br>入浴介助体制<br>個別機能訓練体制<br>若年性認知症利用者受入加算<br>栄養改善体制<br>口腔機能向上体制<br>サービスマネジメント強化加算<br>介護職員処遇改善加算  | 1 対応不可 2 対応可<br>1 なし 2 あり<br>1 なし 2 あり<br>1 なし 2 あり<br>1 なし 2 あり<br>1 なし 2 あり<br>1 なし 2 あり<br>1 なし 4 加算 I-I 2 加算 Iロ 3 加算 II<br>1 なし 6 加算 I 5 加算 II 2 加算 III 3 加算 IV 4 加算 V   | 1 なし 2 あり |
| 75 | 介護予防小規模多機能型<br>居宅介護                        | 1 介護予防小規模多機能型居宅介護事業所<br>2 サテライト型介護予防小規模多機能型居宅介護事業所   |                    | 職員の欠員による減算の状況<br>総合マネジメント体制強化加算<br>サービスマネジメント強化加算<br>介護職員処遇改善加算   | 1 なし 2 看護職員 3 介護職員<br>1 なし 2 あり<br>1 なし 5 加算 I-I 2 加算 Iロ 3 加算 II 4 加算 III<br>1 なし 6 加算 I 5 加算 II 2 加算 III 3 加算 IV 4 加算 V   | 1 なし 2 あり |

|    |                         |  |  |  |              |                                    |           |
|----|-------------------------|--|--|--|--------------|------------------------------------|-----------|
| 69 | 介護予防小規模多機能型居宅介護(短期利用型)  | 1 介護予防小規模多機能型居宅介護事業所<br>サテライト型介護予防小規模多機能型居宅介護事業所 |  |  | 職員のみによる減算の状況 | 1 なし 2 看護職員 3 介護職員                 | 1 なし 2 あり |
|    |                         |  |  |  | サービス提供体制強化加算 | 1 なし 5 加算Ⅰイ 2 加算Ⅰロ 3 加算Ⅱ 4 加算Ⅲ     | 4 加算Ⅳ     |
| 37 | 介護予防認知症対応型共同生活介護        | 1 I型<br>2 II型                                    |  |  | 介護職員処遇改善加算   | 1 なし 6 加算Ⅰ 5 加算Ⅱ 2 加算Ⅲ 3 加算Ⅳ 4 加算Ⅴ | 1 なし 2 あり |
|    |                         |  |  |  | 夜間勤務条件基準     | 1 基準型 6 減算型                        |           |
| 39 | 介護予防認知症対応型共同生活介護(短期利用型) | 1 I型<br>2 II型                                    |  |  | 職員のみによる減算の状況 | 1 なし 2 介護従業者                       | 1 なし 2 あり |
|    |                         |  |  |  | 夜間勤務条件基準     | 1 基準型 6 減算型                        |           |
|    |                         |  |  |  | 職員のみによる減算の状況 | 1 なし 2 介護従業者                       | 1 なし 2 あり |
|    |                         |  |  |  | 夜間勤務条件基準     | 1 基準型 6 減算型                        |           |
|    |                         |  |  |  | サービス提供体制強化加算 | 1 なし 5 加算Ⅰイ 2 加算Ⅰロ 3 加算Ⅱ 4 加算Ⅲ     | 4 加算Ⅳ     |
|    |                         |  |  |  | 介護職員処遇改善加算   | 1 なし 6 加算Ⅰ 5 加算Ⅱ 2 加算Ⅲ 3 加算Ⅳ 4 加算Ⅴ | 1 なし 2 あり |

介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等状況一覧表（訪問介護サービス・通所介護サービス）

|      |  |       |  |  |  |  |  |
|------|--|-------|--|--|--|--|--|
| 事業所名 |  | 事業所番号 |  |  |  |  |  |
|------|--|-------|--|--|--|--|--|

| 提供サービス<br>各サービス共通    | 施設等の区分 | 人員配置区分 | その他該当する体制等                   |       |       |       |       |       |       |       |        |       | 割引    |   |      |      |   |    |
|----------------------|--------|--------|------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|-------|-------|---|------|------|---|----|
|                      |        |        | 地域区分                         | 1 1級地 | 2 2級地 | 3 3級地 | 4 4級地 | 5 5級地 | 6 6級地 | 7 7級地 | 8 8級地  | 9 その他 |       |   |      |      |   |    |
| A1<br>A2<br>訪問介護サービス |        |        | 同一建物に居住する利用者の減算              | 1     | なし    | 2     | あり    |       |       |       |        |       |       |   | 1    | なし   | 2 | あり |
|                      |        |        | 特別地域加算                       | 1     | なし    | 2     | あり    |       |       |       |        |       |       |   |      |      |   |    |
| A5<br>A6<br>通所介護サービス |        |        | サービス提供責任者体制の減算               | 1     | なし    | 2     | あり    |       |       |       |        |       |       |   |      |      |   |    |
|                      |        |        | 中山間地域等における小規模事業所加算（地域に関する状況） | 1     | 非該当   | 2     | 該当    |       |       |       |        |       |       |   |      |      |   |    |
|                      |        |        | 中山間地域等における小規模事業所加算（規模に関する状況） | 1     | 非該当   | 2     | 該当    |       |       |       |        |       |       |   |      |      |   |    |
|                      |        |        | 介護職員処遇改善加算                   | 1     | なし    | 6     | 加算 I  | 5     | 加算 II | 2     | 加算 III | 3     | 加算 IV | 4 | 加算 V |      |   |    |
|                      |        |        | 職員の欠員による減算の状況                | 1     | なし    | 2     | 看護職員  | 3     | 介護職員  |       |        |       |       |   |      |      |   |    |
|                      |        |        | 若年性認知症利用者受入加算                | 1     | なし    | 2     | あり    |       |       |       |        |       |       |   |      |      |   |    |
|                      |        |        | 生活機能向上グループ活動加算               | 1     | なし    | 2     | あり    |       |       |       |        |       |       |   |      |      |   |    |
|                      |        |        | 運動器機能向上体制                    | 1     | なし    | 2     | あり    |       |       |       |        |       |       |   |      |      |   |    |
|                      |        |        | 栄養改善体制                       | 1     | なし    | 2     | あり    |       |       |       |        |       |       |   |      |      |   |    |
|                      |        |        | 口腔機能向上体制                     | 1     | なし    | 2     | あり    |       |       |       |        |       |       |   |      |      |   |    |
|                      |        |        | 選択的サービス複数実施加算                | 1     | なし    | 3     | あり    |       |       |       |        |       |       |   |      |      |   |    |
|                      |        |        | 事業所評価加算（申出）の有無               | 1     | なし    | 2     | あり    |       |       |       |        |       |       |   |      |      |   |    |
|                      |        |        | サービス提供体制強化加算                 | 1     | なし    | 4     | 加算 I  | 1     | 2     | 加算 I  | 1      | 2     | 加算 I  | 1 | 2    | 加算 I | 1 | 2  |
|                      |        |        | 介護職員処遇改善加算                   | 1     | なし    | 6     | 加算 I  | 5     | 加算 II | 2     | 加算 III | 3     | 加算 IV | 4 | 加算 V |      |   |    |

備考 1 この表は、事業所所在地以外の場所で一部事業を実施する出張所等について記載することとし、複数出張所等を有する場合は出張所ごとに提出してください。  
2 上記加算又は減算等に係る必要書類を添付してください。



〒297-8511 千葉県茂原市道表1番地 電話 0475-23-2111(代表)

育てよう！  
笑顔と自然と  
文化のまもる

● 本文へ ● サイトマップ ● お問い合わせ ● English | 中文(繁体) | 中文(简体) | 韓国

音声を聴き上げ

お文字の大きさ 標準 拡大



カスタム検索

サイト内検索

ホーム

暮らしの情報

行政情報

施設案内

観光・みどころ

事業者の方へ

高齢者トビーズ

暮らしの案内や手帳

市の紹介や取組

施設の位置 案内

市の紹介 原サイト

入札 契約や企業支援

ホーム 暮らしの情報 税・年金・保険 介護保険

## 介護サービス事業所における事故報告について

資料 9

### 介護サービス事業所における事故報告について

介護保険サービスの提供中に事故が発生した場合は、当該被保険者のご家族及び当該被保険者に係る居宅介護支援事業者等への連絡と同時に、市への報告が必要となります。

#### 報告方法

1. 事故発生後、各事業者は速やかに事故報告書を作成し、市へ郵送もしくは窓口持参で報告してください。ただし、緊急を要する場合は、電話等で報告を行い、その後文書で報告してください。

※緊急を要する場合は、死亡事故・感染症の発生・職員の不祥事・その他の重大事故です。

2. 事故処理が長期化する場合、適宜途中経過の事故報告書を提出するとともに、当該事故処理がすべて完了した時点で、最終の事故報告書を提出してください。

#### 報告内容

##### 1. 報告の範囲

(1) 利用者のケガまたは死亡事故が発生したとき。

・ケガの程度は原則として外部の医療機関で受診を必要としたもの。

・送迎、通院などの間の事故・災害を含む。

・利用者の過失事故によるケガも含む。

(2) 食中毒及び感染症・結核が発生したとき。

(3) 職員の法令違反・不祥事等が発生したとき。

(4) 災害による被害が発生したとき。

(5) その他管理者の判断で報告が必要と判断したとき。

##### 2. 報告先

(1) 被保険者の属する保険者

(2) 事業所・施設が所在する保険者

\* 食中毒及び感染症・結核が発生したときは、保健所への連絡も行ってください。

#### 報告の書式

事故・災害報告書

事故報告書 (ファイル名: jikohoukokusyo.xls サイズ: 36.50KB)

お問い合わせ

茂原市役所（法人番号 8000020122106）福祉部 高齢者支援課

電話: 0475-20-1572 ファクス: 0475-20-1610

[お問い合わせフォーム](#)

---

介護サービス事業所における事故報告についてへの別ルート

[ホーム](#) [各課の窓口](#) [高齢者支援課](#) [介護保険事業者向け情報](#)（申請書類等）

[ホーム](#) [暮らしの情報](#) [医療・健康・福祉](#) [高齢者福祉](#)

[▲ ページの先頭へ戻る](#)

[茂原市公式ウェブサイトについて](#) [ご利用にあたって](#) [個人情報保護について](#) [リンク集](#)

茂原市役所（法人番号 8000020122106）〒297-8511 千葉県茂原市道表1番地 電話: 0475-23-2111(代表)

開庁時間: 8時30分～17時15分(土曜、日曜、祝日、年末年始12月29日～1月3日は除く)

Copyright (C) Mobara City All Rights Reserved.

事故(災害)報告書

平成 年 月 日

(宛先) 茂原市長

事業所(施設)住所

事業所(施設)名

管理者・施設長名

印

(担当者氏名 連絡先 )

|  |      |      |                     |        |   |                 |
|--|------|------|---------------------|--------|---|-----------------|
| 事故(災害)発生日時                               | 平成   | 年    | 月                   | 日( 曜日) | 時 | 分               |
| 事故・災害の概要                                 |      |      |                     |        |   |                 |
| 診断結果                                     |      |      |                     |        |   | 介護認定 有・無 (介護度 ) |
| 入院の有無                                    | 有・無  |      |                     |        |   |                 |
| ふりがな                                     | (年齢) | (性別) | (サービス利用開始年月日・入所年月日) |        |   |                 |
| 当事者名                                     | 歳    | 男・女  | 年                   | 月      | 日 | (サービス種類)        |
| 事故(災害)の内容<br>発見場所<br>発見時の状況<br><br>発生原因等 |      |      |                     |        |   |                 |
| 発生からの対応状況                                |      |      |                     |        |   |                 |
| 今後の対応・改善点・再発防止策等                         |      |      |                     |        |   |                 |
| 家族や関係各所への連絡等                             |      |      |                     |        |   |                 |

※ 当事者が複数の場合は、必要により別葉に記入してください。



## 地域密着型通所介護におけるチェックシート

| 項目           | 内容           | 詳細  | 根拠法令等                | 適否   |
|--------------|--------------|---|----------------------|--|
| 人員に関する<br>こと | 生活相談員の員数     | 指定地域密着型通所介護（以下、「通所サービス」という。）の提供日ごとに、当該通所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通所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以上確保されているか。                                       | 基準条例第59条の3<br>第1項第1号 | <input type="checkbox"/> 適<br><input type="checkbox"/> 否 |
|              | 看護師又は准看護師の員数 | 通所サービスの単位ごとに、専ら当該通所サービスの提供に当たるとする看護職員が1以上確保されているか。 ※1   | 基準条例第59条の3<br>第1項第2号 | <input type="checkbox"/> 適<br><input type="checkbox"/> 否 |
|              | 介護職員         | 通所サービスの単位ごとに、当該通所サービスを提供している時間帯に介護職員が勤務している時間帯の合計数を当該通所サービスを提供している時間帯で除して得た数が利用者の数が15人までの場合にあつては1以上、15人を超える場合にあつては15人を超える部分の数を5で除して得た数に1を加えた数以上確保されているか。 ※2 | 基準条例第59条の3<br>第1項第3号 | <input type="checkbox"/> 適<br><input type="checkbox"/> 否 |
|              | 機能訓練指導員      | 1以上確保されているか。  | 基準条例第59条の3<br>第1項第4号 | <input type="checkbox"/> 適<br><input type="checkbox"/> 否 |
|              | 介護職員         | 基準条例第59条の2第1項第3号の介護職員を、常時1人以上当該通所サービスに従事させているか。   | 基準条例第59条の3<br>第3項    | <input type="checkbox"/> 適<br><input type="checkbox"/> 否 |
|              | 機能訓練指導員      | 日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練を行う能力を有する者であるか。  | 基準条例第59条の3<br>第6項    | <input type="checkbox"/> 適<br><input type="checkbox"/> 否 |
|              | 生活相談員又は介護職員  | 基準条例第59条の2第1項における生活相談員又は介護職員のうち1人以上は常勤であるか。   | 基準条例第59条の3<br>第7項    | <input type="checkbox"/> 適<br><input type="checkbox"/> 否 |
| 設備に関する<br>こと | 設備及び備品       | 事業所は、食堂、機能訓練室、静養室、相談室及び事務室を有するほか、消火設備その他の非常災害に際して必要な設備並びに通所サービスの提供に必要なその他の設備及び備品等を備えているか。 ※3  | 基準条例第59条の5<br>第1項    | <input type="checkbox"/> 適<br><input type="checkbox"/> 否 |

|                 |                       |   |                         |  |         |                       |                |                |                         |  |
|-----------------|-----------------------|---|-------------------------|--|---------|-----------------------|----------------|----------------|-------------------------|--|
|                 | <p>食堂及び機能訓練室</p>      | <p>それぞれ必要な広さを有するものとし、その合計した面積は、3平方メートルに利用定員を乗じて得た面積以上となっているか。※4<br/>         一下表に記入-</p> <table border="1" data-bbox="327 728 518 1433"> <tr> <td>利用定員</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>基準となる広さ</td> <td>m<sup>2</sup> (定員×3)</td> </tr> <tr> <td>食堂及び機能訓練室の合計面積</td> <td>m<sup>2</sup></td> </tr> </table> | 利用定員                    | 人  | 基準となる広さ | m <sup>2</sup> (定員×3) | 食堂及び機能訓練室の合計面積 | m <sup>2</sup> | <p>基準条例第59条の5第2項第1号</p> | <p>適否<br/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> |
| 利用定員            | 人                     |   |                         |  |         |                       |                |                |                         |  |
| 基準となる広さ         | m <sup>2</sup> (定員×3) |   |                         |  |         |                       |                |                |                         |  |
| 食堂及び機能訓練室の合計面積  | m <sup>2</sup>        |   |                         |  |         |                       |                |                |                         |  |
|                 | <p>相談室</p>            | <p>遮へい物の設置等により相談の内容が漏洩しないよう配慮されているか。</p>  | <p>基準条例第59条の5第2項第2号</p> | <p>適否<br/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> |         |                       |                |                |                         |  |
|                 |                       | <p>基準条例第59条の5第1項に掲げる設備は、専ら該通所サービスの用に供するものとなっているか。</p>   | <p>基準条例第59条の5第3項</p>    | <p>適否<br/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> |         |                       |                |                |                         |  |
| <p>運営に関すること</p> |                       | <p>基準条例第59条の5第1項に掲げる設備を利用し、夜間及び深夜に通所サービスの提供を行っている場合には、当該サービスの内容を当該サービスの提供の開始前に市長に届け出ているか。</p>   | <p>基準条例第59条の5第4項</p>    | <p>適否<br/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> |         |                       |                |                |                         |  |
| <p>心身の状況の把握</p> |                       | <p>通所サービスの提供に当たっては、利用者に係る指定居宅介護支援事業者が開催するサービス担当者会議等を通じて、利用者の心身の状況、その置かれている環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等の把握に努めているか。</p>  | <p>基準条例第59条の6</p>       | <p>適否<br/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> |         |                       |                |                |                         |  |
|                 | <p>利用料等の受領</p>        | <p>法定代理受領サービスに該当しない通所サービスの提供した際にその利用者から支払を受ける利用料の額と、通所サービスに係る地域密着型介護サービス費用基準額との間に、不合理な差額が生じていないか。</p>   | <p>基準条例第59条の7第2項</p>    | <p>適否<br/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> |         |                       |                |                |                         |  |

|  |             |   |                             |  |
|--|-------------|---|-----------------------------|--|
|  | 食事の提供に要する費用 | 食事の提供に係る利用料は、食材料費及び調理に係る費用に相当する額を基本としているか。  | 居住、滞在等指針 2<br>のロ            | <input type="checkbox"/> 適<br><input type="checkbox"/> 否 |
|  |             | 基準条例第 59 条の 7 第 3 項の費用の額に係るサービスの提供に当たっては、あらかじめ、利用者又はその家族に対し、当該サービスの内容及び費用について説明を行い、利用者の同意を得ているか。                    | 基準条例第 59 条の 7<br>第 5 項      | <input type="checkbox"/> 適<br><input type="checkbox"/> 否 |
|  | 基本取扱方針      | 利用者の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、その目標を設定し、計画的に行われているか。   | 基準条例第 59 条の 8<br>第 1 項      | <input type="checkbox"/> 適<br><input type="checkbox"/> 否 |
|  |             | 自らその提供する指定地域密着型通所介護の質の評価を行い、常にその改善を図っているか。  | 基準条例第 59 条の 8<br>第 2 項      | <input type="checkbox"/> 適<br><input type="checkbox"/> 否 |
|  | 具体的取扱方針     | 利用者が住み慣れた地域での生活を継続することができよう、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るか。                                       | 基準条例第 59 条の 9<br>第 1 項第 1 号 | <input type="checkbox"/> 適<br><input type="checkbox"/> 否 |
|  |             | 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も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るか。  | 基準条例第 59 条の 9<br>第 1 項第 2 号 | <input type="checkbox"/> 適<br><input type="checkbox"/> 否 |
|  |             | 通所サービスの提供に当たっては、基準条例第 59 条の 10 第 1 項に規定する地域密着型通所介護計画に基づき、漫然かつ画一的にならないように、利用者の機能訓練及びその者が日常生活を営むことができるよう必要な援助を行っているか。 | 基準条例第 59 条の 9<br>第 1 項第 3 号 | <input type="checkbox"/> 適<br><input type="checkbox"/> 否 |
|  |             | 通所サービス事業者は、通所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るか。                            | 基準条例第 59 条の 9<br>第 1 項第 4 号 | <input type="checkbox"/> 適<br><input type="checkbox"/> 否 |
|  |             | 通所サービスの提供に当たっては、介護技術の進歩に対応し、適切な介護技術をもってサービスの提供を行っているか。  | 基準条例第 59 条の 9<br>第 1 項第 5 号 | <input type="checkbox"/> 適<br><input type="checkbox"/> 否 |

|  |                |   |                      |   |
|--|----------------|---|----------------------|---|
|  |                | 通所サービス事業者は、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か。                               | 基準条例第59条の9<br>第1項第6号 | 適<br>否<br><br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
|  |                | 認知症である要介護者に対しては、必要に応じ、その特性に対応したサービスの提供ができる体制を整えているか。  |                      | 適<br>否<br><br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
|  | 地域密着型通所介護計画の作成 | 通所サービス事業者の管理者は、利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、機能訓練等の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した通所サービス地域密着型通所介護計画を作成しているか。 | 基準条例第59条の10<br>第1項   | 適<br>否<br><br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
|  |                | 地域密着型通所介護計画は、すで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しているか。   | 基準条例第59条の10<br>第2項   | 適<br>否<br><br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
|  |                | 管理者は、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るか。  | 基準条例第59条の10<br>第3項   | 適<br>否<br><br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
|  |                | 管理者は、地域密着型通所介護計画を作成した際には、当該地域密着型通所介護計画を利用者に交付しているか。   | 基準条例第59条の10<br>第4項   | 適<br>否<br><br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
|  |                | 従業者は、それぞれの利用者について、地域密着型通所介護計画に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っているか。  | 基準条例第59条の10<br>第5項   | 適<br>否<br><br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
|  | 管理者の責務         | 管理者は、当該通所サービス事業所の従業者の管理及び通所サービスの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るか。                                      | 基準条例第59条の11<br>第1項   | 適<br>否<br><br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
|  |                | 管理者は、当該通所サービス事業所の従業者に本条例を遵守させるための必要な指揮命令を行っているか。  | 基準条例第59条の11<br>第2項   | 適<br>否<br><br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

|  |                 |   |                                 |   |
|--|-----------------|---|---------------------------------|---|
|  | <p>運営規定</p>     | <p>通所サービス事業所ごとに下記の規定を定めているか。<br/>       ー下記にチェックを入れるー</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 事業の目的及び運営の方針</li> <li><input type="checkbox"/> 従業者の職種、員数及び職務の内容</li> <li><input type="checkbox"/> 営業日及び営業時間</li> <li><input type="checkbox"/> 指定地域密着型通所介護の利用定員</li> <li><input type="checkbox"/> 指定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</li> <li><input type="checkbox"/> 通常の事業の実施地域</li> <li><input type="checkbox"/> サービス利用に当たったの留意事項</li> <li><input type="checkbox"/> 緊急時等における対応方法</li> <li><input type="checkbox"/> 非常災害対策</li> <li><input type="checkbox"/> その他運営に関する重要事項</li> </ul> | <p>基準条例第 59 条の<br/>12</p>       | <p>適 否</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> |
|  | <p>勤務体制の確保等</p> | <p>利用者に対し適切な通所サービスを提供できよう、通所サービス事業所ごとに従業者の勤務の体制をさだめているか。</p>  | <p>基準条例第 59 条の<br/>13 第 1 項</p> | <p>適 否</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> |
|  |                 | <p>通所サービス事業所ごとに、当該通所サービスの従業者によって通所サービスを提供しているか。※5</p>   | <p>基準条例第 59 条の<br/>13 第 2 項</p> | <p>適 否</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> |
|  |                 | <p>指定地域密着型通所介護事業者は、地域密着型通所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るか。</p>  | <p>基準条例第 59 条の<br/>13 第 3 項</p> | <p>適 否</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> |
|  | <p>定員の遵守</p>    | <p>利用定員を超えて通所サービスの提供を行っていないか。※6</p>   | <p>基準条例第 59 条の<br/>14</p>       | <p>適 否</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> |
|  | <p>非常災害対策</p>   | <p>非常災害に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に従業員者に周知するとともに、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行っているか。</p>  | <p>基準条例第 59 条の<br/>15</p>       | <p>適 否</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> |

|              | 衛生管理等   | 利用者の使用する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講じているか。  | 基準条例第 59 条の 16 第 1 項 | 適否<br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> |              |     |  |     |  |     |                      |  |
|--------------|---------|--|----------------------|--|--------------|-----|--|-----|--|-----|----------------------|--|
|              |         | 当該通所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。   | 基準条例第 59 条の 16 第 2 項 | 適否<br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> |              |     |  |     |  |     |                      |  |
|              | 地域との連携等 | <p>通所サービスの提供に当たっては、利用者、利用者の家族、地域住民の代表者、本市の職員又は当該通所サービス事業所が所在する区域を管轄する地域包括支援センターの職員、地域密着型通所介護事業所について知見を有する者等により構成される協議会（以下「運営推進会議」という。）を設置し、おおむね 6 月に 1 回以上、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るか。</p> <p>一下表に記入</p> <table border="1" data-bbox="778 817 957 1444"> <thead> <tr> <th data-bbox="778 1041 821 1444">年間運営推進会議回数</th> <th data-bbox="778 817 821 1041">回</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="821 1041 865 1444">当該年度の開催（予定）日</td> <td data-bbox="821 817 865 1041">月 日</td> </tr> <tr> <td></td> <td data-bbox="865 817 908 1041">月 日</td> </tr> <tr> <td></td> <td data-bbox="908 817 951 1041">月 日</td> </tr> </tbody> </table> | 年間運営推進会議回数           | 回  | 当該年度の開催（予定）日 | 月 日 |  | 月 日 |  | 月 日 | 基準条例第 59 条の 17 第 1 項 | 適否<br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> |
| 年間運営推進会議回数   | 回       |  |                      |  |              |     |  |     |  |     |                      |  |
| 当該年度の開催（予定）日 | 月 日     |  |                      |  |              |     |  |     |  |     |                      |  |
|              | 月 日     |  |                      |  |              |     |  |     |  |     |                      |  |
|              | 月 日     |  |                      |  |              |     |  |     |  |     |                      |  |
|              |         | 基準条例第 59 条の 17 第 1 項の報告、評価、要望、助言等についての記録を作成するとともに、当該記録を公表しているか。  | 基準条例第 59 条の 17 第 2 項 | 適否<br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> |              |     |  |     |  |     |                      |  |
|              |         | 事業の運営に当たっては、地域住民又はその自発的な活動等との連携及び協力を行う等の地域との交流を図っているか。   | 基準条例第 59 条の 17 第 3 項 | 適否<br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> |              |     |  |     |  |     |                      |  |
|              |         | 事業の運営に当たっては、提供した通所サービスに関する利用者からの苦情に関して市等が派遣する者が相談及び援助を行う事業その他の市が実施する事業に協力するよう努めているか。   | 基準条例第 59 条の 17 第 4 項 | 適否<br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> |              |     |  |     |  |     |                      |  |

|  |          |   |                |  |
|--|----------|---|----------------|--|
|  |          | 通所サービス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通所サービスを提供する場合には、当該建物に居住する利用者以外の者に対しても通所サービスの提供を行うよう努めているか。                                    | 基準条例第59条の17第5項 | 適否<br><input type="checkbox"/> 適<br><input type="checkbox"/> 否 |
|  | 事故発生時の対応 | 利用者に対する通所サービスの提供により事故が発生した場合、市、当該利用者の家族、当該利用者に係る指定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。  | 基準条例第59条の18第1項 | 適否<br><input type="checkbox"/> 適<br><input type="checkbox"/> 否 |
|  |          | 基準条例第59条の18第1項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。   | 基準条例第59条の18第2項 | 適否<br><input type="checkbox"/> 適<br><input type="checkbox"/> 否 |
|  |          | 利用者に対する通所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。<br>一 損害賠償保険加入の有無 -<br><input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 基準条例第59条の18第3項 | 適否<br><input type="checkbox"/> 適<br><input type="checkbox"/> 否 |
|  |          | 基準条例第59条の5第4項の通所サービス以外のサービスの提供により事故が発生した場合は、基準条例第59条の18第1項及び第2項の規定に準じた必要な措置を講じているか。   | 基準条例第59条の18第4項 | 適否<br><input type="checkbox"/> 適<br><input type="checkbox"/> 否 |
|  | 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。   | 基準条例第59条の19第1項 | 適否<br><input type="checkbox"/> 適<br><input type="checkbox"/> 否 |
|  |          | 利用者に対する通所サービスの提供に関する下記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。  | 基準条例第59条の19第2項 | 適否<br><input type="checkbox"/> 適<br><input type="checkbox"/> 否 |

|  |                |   |                                   |   |
|--|----------------|---|-----------------------------------|---|
|  |                | <p>ー下記にチェックを入れるー</p> <p><input type="checkbox"/> 地域密着型通所介護計画</p> <p><input type="checkbox"/> 基準条例第 59 条の 20 において準用する第 20 条第 2 項に規定する提供した具体的なサービスの内容等の記録</p> <p><input type="checkbox"/> 基準条例第 59 条の 20 において準用する第 28 条に規定する市への通知に係る記録</p> <p><input type="checkbox"/> 基準条例第 59 条の 20 において準用する第 38 条第 2 項に規定する事故に際して採った処置についての記録</p> <p><input type="checkbox"/> 基準条例第 59 条の 17 第 2 項に規定する報告、評価、要望、助言等の記録</p> |                                   |   |
|  | 内容及び手続きの説明及び同意 | <p>通所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、基準条例第 59 条の 12 に規定する運営規定の概要、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るか。</p>   | 基準条例第 59 条の 20 において準用する第 9 条第 1 項 | <p>適 否</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> |
|  | 提供拒否の禁止        | <p>正当な理由なく通所サービスの提供を拒むことはないか。</p>   | 基準条例第 59 条の 20 において準用する第 10 条     | <p>適 否</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> |
|  | サービス提供困難時の対応   | <p>当該通所サービス事業所の通常の事業の実施地域等を勘案し、利用申込者に対し自ら適切な通所サービスを提供することが困難であると認められた場合は、当該利用申込者に係る指定居宅介護支援事業者への連絡、適当な他の通所サービス事業者等の照会その他の必要な措置を速やかに講じているか。</p>  | 基準条例第 59 条の 20 において準用する第 11 条     | <p>適 否</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> |



|  |                  |   |                            |  |
|--|------------------|---|----------------------------|--|
|  | 受給資格等の確認         | 通所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るか。   | 基準条例第59条の20において準用する第12条第1項 | <input type="checkbox"/> 適<br><input type="checkbox"/> 否 |
|  |                  | 基準条例第59条の20において準用する第12条第1項の被保険者証に、介護保険法第78条の3第2項の規定により認定審査会意見が記載されているときは、当該認定審査会意見に配慮して、通所サービスを提供するように努めているか。               | 基準条例第59条の20において準用する第12条第2項 | <input type="checkbox"/> 適<br><input type="checkbox"/> 否 |
|  | 要介護認定の申請に係る援助    | 通所サービスの提供の開始に際し、要介護認定を受けていない利用申込者については、要介護認定の申請がすでに行われているかどうかを確認し、申請が行われていない場合は、当該利用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るか。 | 基準条例第59条の20において準用する第13条第1項 | <input type="checkbox"/> 適<br><input type="checkbox"/> 否 |
|  |                  | 指定居宅支援が利用者に対して行われていない等の場合であって必要と認めるときは、要介護認定の更新の申請が遅くとも当該利用者が受けている要介護認定の有効期間が終了する日の30日前までに行われるよう、必要な援助を行っているか。              | 基準条例第59条の20において準用する第13条第2項 | <input type="checkbox"/> 適<br><input type="checkbox"/> 否 |
|  | 指定居宅介護支援事業者等との連携 | 通所サービスを提供するに当たっては、指定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るか。   | 基準条例第59条の20において準用する第15条第1項 | <input type="checkbox"/> 適<br><input type="checkbox"/> 否 |
|  |                  | 通所サービスの終了に際しては、利用者又はその家族に対して適切な指導を行うとともに、当該利用者に係る指定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るか。                | 基準条例第59条の20において準用する第15条第2項 | <input type="checkbox"/> 適<br><input type="checkbox"/> 否 |

|  |                               |  |                                   |   |
|--|-------------------------------|--|-----------------------------------|---|
|  | <p>法定代理受領サービスの提供を受けるための援助</p> | <p>通所サービスの提供の開始に際し、利用申込者及び保護保険法施行規則第65条の4各号のいずれにも該当しないときは、当該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指定居宅介護支援事業者に依頼する旨を市に対して届け出ること等により、通所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と、指定居宅介護支援事業者に関する情報を提供することその他の法定代理受領サービスを行うために必要な援助を行っているか。</p> | <p>基準条例第59条の20において準用する第16条</p>    | <p>適否<br/><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> |
|  | <p>居宅サービス計画に沿ったサービスの提供</p>    | <p>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に沿った通所サービスを提供しているか。</p>   | <p>基準条例第59条の20において準用する第17条</p>    | <p>適否<br/><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> |
|  | <p>居宅サービス計画等の変更の援助</p>        | <p>利用者が居宅サービス計画の変更を希望する場合は、当該利用者に係る指定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るか。</p>  | <p>基準条例第59条の20において準用する第18条</p>    | <p>適否<br/><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> |
|  | <p>サービスの提供の記録</p>             | <p>通所サービスを提供した際には、当該通所サービスの提供内容及び内容、当該通所サービスについて介護保険法第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るか。</p>   | <p>基準条例第59条の20において準用する第20条第1項</p> | <p>適否<br/><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> |
|  |                               | <p>通所サービスを提供した際には、提供した具体的なサービスの内容等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。</p>   | <p>基準条例第59条の20において準用する第20条第2項</p> | <p>適否<br/><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> |
|  | <p>保険給付の請求のための証明書の交付</p>      | <p>法定代理受領サービスに該当しない通所サービスに係る利用料の支払を受けた場合は、提供した通所サービスの内容、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対して交付しているか。</p>  | <p>基準条例第59条の20において準用する第22条</p>    | <p>適否<br/><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> |

|  |                        |   |   |  |
|--|------------------------|---|---|--|
|  | 利用者に関する市への通知           | <p>通所サービスを受けている利用者が次の各号のいずれかに該当する場合は、遅滞なく、意見を付してその旨を市に通知しているか。</p> <p>(1) 正当な理由なしに通所サービスの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> | <p>基準条例第 59 条の 20 において準用する第 28 条</p>      | <p>適否</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> |
|  | 掲示                     | <p>通所サービス事業所の見やすい場所に、運営規定の概要、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るか。</p>  | <p>基準条例第 59 条の 20 において準用する第 34 条</p>      | <p>適否</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> |
|  | 秘密保持等                  | <p>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はいないか。</p>  | <p>基準条例第 59 条の 20 において準用する第 35 条第 1 項</p> | <p>適否</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> |
|  |                        | <p>当該通所サービス事業所の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。</p>  | <p>基準条例第 59 条の 20 において準用する第 35 条第 2 項</p> | <p>適否</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> |
|  |                        | <p>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るか。</p>  | <p>基準条例第 59 条の 20 において準用する第 35 条第 3 項</p> | <p>適否</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> |
|  | 広告                     | <p>通所サービス事業所について広告をすることをしないか。</p> <p>は、その内容が虚偽又は誇大なものとしていないか。</p>   | <p>基準条例第 59 条の 20 において準用する第 36 条</p>      | <p>適否</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> |
|  | 指定居宅介護支援事業者に対する利益供与の禁止 | <p>指定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はいないか。</p>  | <p>基準条例第 59 条の 20 において準用する第 37 条</p>      | <p>適否</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> |

|      |  |                                    |                                    |   |
|------|--|------------------------------------|------------------------------------|---|
|      | 提供した通所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、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こうじているか。   | 基準条例第 59 条の 20 において準用する第 38 条第 1 項 | 基準条例第 59 条の 20 において準用する第 38 条第 1 項 | 適否<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
|      | 基準条例第 59 条の 20 において準用する第 38 条第 1 項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。  | 基準条例第 59 条の 20 において準用する第 38 条第 2 項 | 基準条例第 59 条の 20 において準用する第 38 条第 2 項 | 適否<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
|      | 提供した通所サービスに関し、介護保険法第 23 条の規定により市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市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市が行う調査に協力するとともに、市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るか。 | 基準条例第 59 条の 20 において準用する第 38 条第 3 項 | 基準条例第 59 条の 20 において準用する第 38 条第 3 項 | 適否<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
|      | 市からの求めがあった場合には、基準条例第 59 条の 20 において準用する第 38 条第 3 項の改善の内容を市に報告しているか。   | 基準条例第 59 条の 20 において準用する第 38 条第 4 項 | 基準条例第 59 条の 20 において準用する第 38 条第 4 項 | 適否<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
|      | 提供した通所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介護保険法第 176 条第 1 項第 3 号の調査に協力するとともに、国民健康保険団体連合会から同号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るか。                      | 基準条例第 59 条の 20 において準用する第 38 条第 5 項 | 基準条例第 59 条の 20 において準用する第 38 条第 5 項 | 適否<br><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、基準条例第 59 条の 20 において準用する第 38 条第 5 項の改善の内容を国民健康保険団体連合会に報告しているか。   | 基準条例第 59 条の 20 において準用する第 38 条第 6 項 | 基準条例第 59 条の 20 において準用する第 38 条第 6 項 | 適否<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
|      | 通所サービス事業所ごとに経理を区分するとともに、通所サービスの事業の会計とその他の事業の会計を区分しているか。  | 基準条例第 59 条の 20 において準用する第 41 条      | 基準条例第 59 条の 20 において準用する第 41 条      | 適否<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 苦情処理 | 現に通所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るか。   | 基準条例第 59 条の 20 において準用する第 53 条      | 基準条例第 59 条の 20 において準用する第 53 条      | 適否<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
|      | 緊急時の対応   |                                    |                                    |   |

- ※1・※2 当該通所サービス事業所の利用定員が10人以下である場合にあっては、看護職員及び介護職員の員数を、通所サービスの単位ごとに、当該通所サービスを提供している時間帯に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提供単位時間数で除した数が1以上確保されていることとする（基準条例第59条の3第2項）
- ※3 通所サービス事業者が第59条の3第1項第3号に規定する第1号通所事業に係る指定事業者の指定を受けて受け、かつ、通所サービスの事業と当該第1号通所事業とが同一の事業所において一体に運営されている場合に於いては、市の定める当該第1号通所事業の設備に関する基準を満たすことをもって、第59条の5第1項から第3項までに規定する基準を満たしているものとみなすことができる（基準条例第59条の5第5項）
- ※4 食堂及び機能訓練室は、食事の提供の際にはその提供に支障がない広さを確保でき、かつ、機能訓練を行う際にはその実施に支障がない広さを確保できる場合にあつては、同一の場所とすることができ、
- ※5 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。
- ※6 災害その他のやむを得ない事情がある場合は、この限りでない。
- ◇基準条例 茂原市指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準を定める条例
- ◇居住、滞在等指針 居住、滞在及び宿泊並びに食事の提供に係る利用料等に関する指針

資料 10

認知症対応型通所介護におけるチェックシート

| 項目           | 内容                             | 詳細  | 根拠法令等                      | 適否   |
|--------------|--------------------------------|---|----------------------------|--|
| 人員に関する<br>こと | 生活相談員の員数                       | <p>提供日ごとに、当該単独型・併設型指定認知症対応型通所介護（以下、「認知症対応型通所サービス」という）を提供している時間帯に生活相談員（専ら認知症対応型通所サービスの提供に当たる者に限る。）が勤務している時間帯の合計数を当該認知症対応型通所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以上確保されているか。</p>                      | <p>基準条例第61条<br/>第1項第1号</p> | <p><input type="checkbox"/> 適<br/><input type="checkbox"/> 否</p> |
|              | 看護師若しくは准看護師（以下「看護職員」という）又は介護職員 | <p>単位ごとに、専ら当該認知症対応型通所サービスの提供に当たる看護職員又は介護職員が1以上及び当該認知症対応型通所サービスを提供している時間帯に看護職員又は介護職員（いずれも専ら当該認知症対応型通所サービスの提供に当たる者に限る。）が勤務している時間帯の合計数を当該認知症対応型通所サービスを提供している時間帯で除して得た数が1以上確保されているか。 ※1・2</p> | <p>基準条例第61条<br/>第1項第2号</p> | <p><input type="checkbox"/> 適<br/><input type="checkbox"/> 否</p> |
|              | 機能訓練指導員                        | <p>1以上確保されているか。</p>   | <p>基準条例第61条<br/>第1項第3号</p> | <p><input type="checkbox"/> 適<br/><input type="checkbox"/> 否</p> |
|              | 利用定員                           | <p>日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練を行う能力を有する者であるか。</p> <p>認知症対応型通所サービスの単位は、認知症対応型通所サービスであつてその提供が同時に1又は複数の利用者に対して一体的に行われるものをいい、その利用定員が12人以下であるか。</p>  | <p>基準条例第61条<br/>第1項第4号</p> | <p><input type="checkbox"/> 適<br/><input type="checkbox"/> 否</p> |
|              | 生活相談員又は介護職員                    | <p>基準条例第61条第1項における生活相談員又は介護職員のうち1人以上は常勤であるか。</p>  | <p>基準条例第61条<br/>第6項</p>    | <p><input type="checkbox"/> 適<br/><input type="checkbox"/> 否</p> |

|                |                       |  |                                       |  |         |                       |                |                |                    |  |
|----------------|-----------------------|--|---------------------------------------|--|---------|-----------------------|----------------|----------------|--------------------|--|
|                | 管理者                   | 専らその職務に従事する常勤の管理者が確保されているか。<br>適切な認知症対応型通所サービスを提供するために必要な知識及び経験を有する者であって、「認知症対応型サービス事業管理者研修」を終了しているものであるか。   | 基準条例第62条<br>第1項・第2項                   |  |         |                       |                |                |                    |  |
| 設備に関する<br>こと   | 設備及び備品                | 事業所は、食堂、機能訓練室、静養室、相談室及び事務室を有するほか、消火設備その他の非常災害に際して必要な設備並びに単独型・併設型指定認知症対応型通所介護の提供に必要なその他の設備及び備品等を備えているか。<br>それぞれ必要な広さを有するものとし、その合計した面積は、3平方メートルに利用定員を乗じて得た面積以上となっているか。 ※3<br>一下表に記入一                               | 基準条例第59条の5<br>第1項                     | 適<br>否<br><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> |         |                       |                |                |                    |  |
|                | 食堂及び機能訓練室             | <table border="1" data-bbox="686 795 869 1512"> <tr> <td>利用定員</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>基準となる広さ</td> <td>m<sup>2</sup> (定員×3)</td> </tr> <tr> <td>食堂及び機能訓練室の合計面積</td> <td>m<sup>2</sup></td> </tr> </table> | 利用定員                                  | 人  | 基準となる広さ | m <sup>2</sup> (定員×3) | 食堂及び機能訓練室の合計面積 | m <sup>2</sup> | 基準条例第63条<br>第2項第1号 | 適<br>否<br><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> |
| 利用定員           | 人                     |  |                                       |  |         |                       |                |                |                    |  |
| 基準となる広さ        | m <sup>2</sup> (定員×3) |  |                                       |  |         |                       |                |                |                    |  |
| 食堂及び機能訓練室の合計面積 | m <sup>2</sup>        |  |                                       |  |         |                       |                |                |                    |  |
|                | 相談室                   | 遮へい物の設置等により相談の内容が漏洩しないよう配慮されているか。<br>基準条例第63条第1項に掲げる設備は、専ら当該サービス用に供するものとなっているか。  | 基準条例第63条<br>第2項第2号<br>基準条例第63条<br>第3項 | 適<br>否<br><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> |         |                       |                |                |                    |  |
|                |                       | 基準条例第63条第1項に掲げる設備を利用し、夜間及び深夜に認知症対応型通所サービス以外のサービスを提供している場合には、当該サービスの内容を当該サービスの提供の開始前に市長に届け出ているか。  | 基準条例第63条<br>第4項                       | 適<br>否<br><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> |         |                       |                |                |                    |  |
| 運営に関する<br>こと   | 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、その目標を設定し、計画的に行われているか。   | 基準条例第69条<br>第1項                       | 適<br>否<br><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> |         |                       |                |                |                    |  |

|                 |  |  |             |  |        |
|-----------------|--|--|-------------|--|--------|
|                 |  | 自らその提供する認知症対応型通所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。  | 基準条例第69条第2項 | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | 適<br>否 |
| 具体的取扱方針         |  | 利用者が住み慣れた地域での生活を継続することができよう、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、妥当適切に行われているか。                             | 基準条例第70条第1項 | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | 適<br>否 |
|                 |  | 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よう配慮して行われているか。   | 基準条例第70条第2項 | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | 適<br>否 |
|                 |  | 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るか。                                | 基準条例第70条第3項 | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | 適<br>否 |
|                 |  | 認知症対応型通所介護従業者は、認知症対応型通所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るか。         | 基準条例第70条第4項 | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | 適<br>否 |
| 認知症対応型通所介護計画の作成 |  | 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るか。   | 基準条例第70条第5項 | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | 適<br>否 |
|                 |  | 常に利用者の心身の状況を確に把握しつつ、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か。  | 基準条例第70条第6項 | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | 適<br>否 |
|                 |  | 認知症対応型通所サービスの管理者は、利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、機能訓練等の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容を記載した認知症対応型通所介護計画を作成しているか。 | 基準条例第71条第1項 | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | 適<br>否 |
|                 |  | 認知症対応型通所介護計画は、既に居室サービス計画が作成されている場合は、当該居室サービス計画の内容に沿って作成されているか。   | 基準条例第71条第2項 | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | 適<br>否 |
|                 |  | 管理者は、認知症対応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るか。  | 基準条例第71条第3項 | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | 適<br>否 |
|                 |  |  |             |  |        |



|       |  |   |                         |  |
|-------|--|---|-------------------------|--|
|       |  | <p>管理者は、認知症対応型通所介護計画を作成した際には、当該認知症対応型通所介護計画を利用者に交付しているか。</p>  | <p>基準条例第71条<br/>第4項</p> | <p><input type="checkbox"/> 適<br/><input type="checkbox"/> 否</p> |
|       |  | <p>認知症対応型通所介護従業者は、それぞれの利用者について、認知症対応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っているか。</p>  | <p>基準条例第71条<br/>第5項</p> | <p><input type="checkbox"/> 適<br/><input type="checkbox"/> 否</p> |
| 運営規定  |  | <p>認知症対応型通所サービス事業所ごとに下記の規定を定めているか。</p> <p>ー 下記にチェックを入れるー</p> <p><input type="checkbox"/> 事業の目的及び運営の方針</p> <p><input type="checkbox"/> 従業者の職種、員数及び職務の内容</p> <p><input type="checkbox"/> 営業日及び営業時間</p> <p><input type="checkbox"/> 指定認知症対応型通所介護の利用定員</p> <p><input type="checkbox"/> 指定認知症対応型通所介護の内容及び利用料その他の費用の額</p> <p><input type="checkbox"/> 通常の事業の実施地域</p> <p><input type="checkbox"/> サービス利用に当たっての留意事項</p> <p><input type="checkbox"/> 緊急時等における対応方法</p> <p><input type="checkbox"/> 非常災害対策</p> <p><input type="checkbox"/> その他運営に関する重要事項</p> | <p>基準条例第73条</p>         | <p><input type="checkbox"/> 適<br/><input type="checkbox"/> 否</p> |
| 記録の整備 |  | <p>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。</p>  | <p>基準条例第79条<br/>第1項</p> | <p><input type="checkbox"/> 適<br/><input type="checkbox"/> 否</p> |

|                       |   |   |                               |  |
|-----------------------|---|---|-------------------------------|--|
|                       | <p>利用者に対する認知症対応型通所サービスの提供に関する下記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</p> <p>ー下記にチェックを入れるー</p> <p><input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護計画</p> <p><input type="checkbox"/> 基準条例第80条において準用する第20条第2項に規定する提供した具体的なサービスの内容等の記録</p> <p><input type="checkbox"/> 基準条例第80条において準用する第28条に規定する市への通知に係る記録</p> <p><input type="checkbox"/> 基準条例第80条において準用する第38条第2項に規定する事故に際して採った処置についての記録</p> <p><input type="checkbox"/> 基準条例第80条第2項に規定する報告、評価、要望、助言等の記録</p> | <p>利用者に対する認知症対応型通所サービスの提供に関する下記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</p> <p>ー下記にチェックを入れるー</p> <p><input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護計画</p> <p><input type="checkbox"/> 基準条例第80条において準用する第20条第2項に規定する提供した具体的なサービスの内容等の記録</p> <p><input type="checkbox"/> 基準条例第80条において準用する第28条に規定する市への通知に係る記録</p> <p><input type="checkbox"/> 基準条例第80条において準用する第38条第2項に規定する事故に際して採った処置についての記録</p> <p><input type="checkbox"/> 基準条例第80条第2項に規定する報告、評価、要望、助言等の記録</p> | <p>基準条例第79条第2項</p>            | <p><input type="checkbox"/> 適<br/><input type="checkbox"/> 否</p> |
| <p>内容及び手続きの説明及び同意</p> | <p>認知症対応型通所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、基準条例第73に規定する運営規定の概要、従業員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るか。</p>   | <p>認知症対応型通所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、基準条例第73に規定する運営規定の概要、従業員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るか。</p>   | <p>基準条例第80条において準用する第9条第1項</p> | <p><input type="checkbox"/> 適<br/><input type="checkbox"/> 否</p> |
| <p>提供拒否の禁止</p>        | <p>正当な理由なく認知症対応型通所介護サービスの提供を拒むことはないか。</p>   | <p>正当な理由なく認知症対応型通所介護サービスの提供を拒むことはないか。</p>   | <p>基準条例第80条において準用する第10条</p>   | <p><input type="checkbox"/> 適<br/><input type="checkbox"/> 否</p> |
| <p>サービスの提供困難時の対応</p>  | <p>当該認知症対応型通所サービス事業所の通常の事業の実施地域等を勘案し、利用申込者に対し自ら適切な認知症対応型通所サービスを提供することが困難であると認められた場合は、当該利用申込者に係る指定居宅介護支援事業者への連絡、適当な他の認知症対応型通所サービス事業者等の照会その他の必要な措置を速やかに講じているか。</p>  | <p>当該認知症対応型通所サービス事業所の通常の事業の実施地域等を勘案し、利用申込者に対し自ら適切な認知症対応型通所サービスを提供することが困難であると認められた場合は、当該利用申込者に係る指定居宅介護支援事業者への連絡、適当な他の認知症対応型通所サービス事業者等の照会その他の必要な措置を速やかに講じているか。</p>  | <p>基準条例第80条において準用する第11条</p>   | <p><input type="checkbox"/> 適<br/><input type="checkbox"/> 否</p> |

|                         |   |   |   |
|-------------------------|---|---|---|
|                         | <p>認知対応型通所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るか。</p>   | <p>基準条例第80条において準用する第12条第1項</p>  | <p>適否<br/><input type="checkbox"/> 適<br/><input type="checkbox"/> 否</p> |
|                         | <p>基準条例第80条において準用する第12条第2項</p>  | <p>基準条例第80条において準用する第12条第3項の3第2項の規定により認定審査会意見が記載されているときは、当該認定審査会意見に配慮して、認知対応型通所サービスを提供するように努めているか。</p> | <p>適否<br/><input type="checkbox"/> 適<br/><input type="checkbox"/> 否</p> |
| <p>要介護認定の申請に係る援助</p>    | <p>認知対応型通所サービスの提供の開始に際し、要介護認定を受けていない利用申込者については、要介護認定の申請がすでに行われているかどうかを確認し、申請が行われていない場合は、当該利用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るか。</p> | <p>基準条例第80条において準用する第13条第1項</p>  | <p>適否<br/><input type="checkbox"/> 適<br/><input type="checkbox"/> 否</p> |
|                         | <p>指定居宅支援が利用者に対して行われていない等の場合であっても必要と認めるときは、要介護認定の更新の申請が、遅くとも当該利用者が受けている要介護認定の有効期間が終了する日の30日前までに行われるよう、必要な援助を行っているか。</p>                 | <p>基準条例第80条において準用する第13条第2項</p>  | <p>適否<br/><input type="checkbox"/> 適<br/><input type="checkbox"/> 否</p> |
| <p>指定居宅介護支援事業者等との連携</p> | <p>認知対応型通所サービスを提供するに当たっては、指定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るか。</p>   | <p>基準条例第80条において準用する第15条第1項</p>  | <p>適否<br/><input type="checkbox"/> 適<br/><input type="checkbox"/> 否</p> |
|                         | <p>認知対応型通所サービスの終了に際しては、利用者又はその家族に対して適切な指導を行うとともに、当該利用者に係る指定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るか。</p>                | <p>基準条例第80条において準用する第15条第2項</p>  | <p>適否<br/><input type="checkbox"/> 適<br/><input type="checkbox"/> 否</p> |

|  |                               |  |                                |   |
|--|-------------------------------|--|--------------------------------|---|
|  | <p>法定代理受領サービスの提供を受けるための援助</p> | <p>認知症対応型通所サービスの提供の開始に際し、利用申込者が介護保険法施行規則第65条の4各号のいずれにも該当しないときは、当該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指定居宅介護支援事業者に依頼する旨を市に対して届けること等により、認知症対応型通所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旨を説明すること、指定居宅介護支援事業者に関する情報を提供することその他の法定代理受領サービスを行うために必要な援助を行っているか。</p> | <p>基準条例第80条において準用する第16条</p>    | <p>適否<br/><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> |
|  | <p>居宅サービス計画に沿ったサービスの提供</p>    | <p>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に沿った認知症対応型通所サービスを提供しているか。</p>   | <p>基準条例第80条において準用する第17条</p>    | <p>適否<br/><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> |
|  | <p>居宅サービス計画等の変更の援助</p>        | <p>利用者が居宅サービス計画の変更を希望する場合は、当該利用者に係る指定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るか。</p>  | <p>基準条例第80条において準用する第18条</p>    | <p>適否<br/><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> |
|  | <p>サービスの提供の記録</p>             | <p>認知症対応型通所サービスの提供した際には、当該認知症対応型通所サービスの提供日及び内容、当該認知症対応型通所サービスについて介護保険法第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るか。</p>  | <p>基準条例第80条において準用する第20条第1項</p> | <p>適否<br/><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> |
|  |                               | <p>認知症対応型通所サービスを提供した際には、提供した具体的なサービスの内容等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。</p>   | <p>基準条例第80条において準用する第20条第1項</p> | <p>適否<br/><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> |
|  | <p>保険給付の請求のための証明書の交付</p>      | <p>法定代理受領サービスに該当しない認知症対応型通所サービスに係る利用料の支払を受けた場合は、提供した認知症対応型通所サービスの内容、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対して交付しているか。</p>  | <p>基準条例第80条において準用する第22条</p>    | <p>適否<br/><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> |

|  |                        |   |                                |  |
|--|------------------------|---|--------------------------------|--|
|  | 利用者に関する市の通知            | <p>認知症対応型通所サービスを受けている利用者が次の各号のいずれかに該当する場合は、遅滞なく、意見を付してその旨を市に通知しているか。</p> <p>(1) 正当な理由なしに認知症対応型通所サービスの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> | <p>基準条例第80条において準用する第28条</p>    | <p>適否</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> |
|  | 掲示                     | <p>認知症対応型通所サービスの見やすい場所に、運営規定の概要、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るか。</p> <p>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はいないか。</p>  | <p>基準条例第80条において準用する第34条</p>    | <p>適否</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> |
|  | 秘密保持等                  | <p>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はいないか。</p>  | <p>基準条例第80条において準用する第35条第1項</p> | <p>適否</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> |
|  |                        | <p>当該認知症対応型通所サービス事業所の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</p> <p>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るか</p>               | <p>基準条例第80条において準用する第35条第2項</p> | <p>適否</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> |
|  | 広告                     | <p>認知症対応型通所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。</p>   | <p>基準条例第80条において準用する第35条第3項</p> | <p>適否</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> |
|  | 指定居宅介護支援事業者に対する利益供与の禁止 | <p>指定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ないか。</p>   | <p>基準条例第80条において準用する第36条</p>    | <p>適否</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> |
|  | 苦情処理                   | <p>提供した認知症対応型通所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こうじているか。</p>  | <p>基準条例第80条において準用する第38条第1項</p> | <p>適否</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> |

|        |   |                                |  |
|--------|---|--------------------------------|--|
|        | <p>基準条例第59条の20において準用する第38条第1項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。</p>  | <p>基準条例第80条において準用する第38条第2項</p> | <p>適否</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> |
|        | <p>提供した認知症対応型通所サービスに関し、介護保険法第23条の規定により市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市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市が行う調査に協力するとともに、市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るか。</p> | <p>基準条例第80条において準用する第38条第3項</p> | <p>適否</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> |
|        | <p>市からの求めがあった場合には、基準条例第80条において準用する第38条第3項の改善の内容を市に報告しているか。</p>  | <p>基準条例第80条において準用する第38条第4項</p> | <p>適否</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> |
|        | <p>提供した認知症対応型通所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介護保険法第176条第1項第3号の調査に協力するとともに、国民健康保険団体連合会から同号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るか。</p>                          | <p>基準条例第80条において準用する第38条第5項</p> | <p>適否</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> |
|        | <p>国民健康保険団体連合会からの求めがあった場合には、基準条例第80条において準用する第38条第5項の改善の内容を国民健康保険団体連合会に報告しているか。</p>  | <p>基準条例第80条において準用する第38条第6項</p> | <p>適否</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> |
| 会計の区分  | <p>認知症対応型通所サービス事業所ごとに経理を区分するとともに、認知症対応型通所サービス事業の会計とその他の事業の会計を区分しているか。</p>   | <p>基準条例第80条において準用する第41条</p>    | <p>適否</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> |
| 緊急時の対応 | <p>現に認知症対応型通所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るか。</p>   | <p>基準条例第80条において準用する第53条</p>    | <p>適否</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> |

|  |             |  |                                   |  |
|--|-------------|--|-----------------------------------|--|
|  | 心身の状況の把握    | <p>認知症対応型通所サービスの提供に当たっては、利用者に係る指定居宅介護支援事業者が開催するサービス担当者会議等を通じて、利用者の心身の状況、その置かれている環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等の把握に努めているか。</p> | <p>基準条例第80条において準用する第59条の6</p>     | <input type="checkbox"/> 適<br><input type="checkbox"/> 否 |
|  | 利用料等の受領     | <p>法定代理受領サービスに該当しない認知症対応型通所サービスの提供に際してその利用者から支払を受ける利用料の額と、認知症対応型通所サービスに係る地域密着型介護サービス費用基準額との間に、不合理な差額が生じていないか。</p>          | <p>基準条例第80条において準用する第59条の7第2項</p>  | <input type="checkbox"/> 適<br><input type="checkbox"/> 否 |
|  | 食事の提供に要する費用 | <p>食事の提供に係る利用料は、食材料費及び調理に係る費用に相当する額を基本としているか。</p>  | <p>居住、滞在等指針2のロ</p>                | <input type="checkbox"/> 適<br><input type="checkbox"/> 否 |
|  |             | <p>基準条例第80条において準用する第59条の7第3項の費用の額に係るサービスの提供に当たっては、あらかじめ、利用者又はその家族に対し、当該サービスの内容及び費用について説明を行い、利用者の同意を得ているか。</p>              | <p>基準条例第80条において準用する第59条の7第5項</p>  | <input type="checkbox"/> 適<br><input type="checkbox"/> 否 |
|  | 管理者の責務      | <p>管理者は、当該認知症対応型通所サービスの事業所の従業員の管理及び認知症対応型通所サービスの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るか。</p>                               | <p>基準条例第80条において準用する第59条の11第1項</p> | <input type="checkbox"/> 適<br><input type="checkbox"/> 否 |
|  |             | <p>管理者は、当該認知症対応型通所サービスの事業所に本条例を遵守させるための必要な指揮命令を行っているか。</p>   | <p>基準条例第80条において準用する第59条の11第2項</p> | <input type="checkbox"/> 適<br><input type="checkbox"/> 否 |
|  | 勤務体制の確保等    | <p>利用者に対し適切な認知症対応型通所サービスを提供できるよう、認知症対応型通所サービス事業所ごとに従業員の勤務の体制をさだめているか。</p>  | <p>基準条例第80条において準用する第59条の13第1項</p> | <input type="checkbox"/> 適<br><input type="checkbox"/> 否 |
|  |             | <p>認知症対応型通所サービス事業者によって認知症対応型通所サービスを提供しているか。 ※4</p>   | <p>基準条例第80条において準用する第59条の13第2項</p> | <input type="checkbox"/> 適<br><input type="checkbox"/> 否 |

|         |  |                            |   |
|---------|--|----------------------------|---|
|         | 認知症対応型通所サービス事業者は、認知症対応型通所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。  | 基準条例第80条において準用する第59条の13第3項 | 適否<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 定員の遵守   | 利用定員を超えて認知症対応型通所サービスの提供を行っているか。 ※5   | 基準条例第80条において準用する第59条の14    | 適否<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 非常災害対策  | 非常災害に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に従業員に周知するとともに、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行っているか。   | 基準条例第80条において準用する第59条の15    | 適否<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 衛生管理等   | 利用者の使用する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講じているか。  | 基準条例第80条において準用する第59条の16第1項 | 適否<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
|         | 当該認知症対応型通所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。   | 基準条例第80条において準用する第59条の16第2項 | 適否<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 地域との連携等 | 認知症対応型通所サービスの提供に当たっては、利用者、利用者の家族、地域住民の代表者、本市の職員又は当該認知症対応型通所サービス事業所が所在する区域を管轄する地域包括支援センターの職員、認知症対応型通所サービス事業所について知見を有する者等により構成される協議会（以下「運営推進会議」という。）を設置し、おおむね6月に1回以上、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るか。<br>一下表に記入- | 基準条例第80条において準用する第59条の17第1項 | 適否<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

|              |                        |
|--------------|------------------------|
| 年間運営推進会議回数   | 回                      |
| 当該年度の開催（予定）日 | 日<br>月 日<br>月 日<br>月 日 |



|          |  |   |   |
|----------|--|---|---|
|          | <p>基準条例第 80 条において準用する第 59 条の 17 第 1 項の報告、評価、要望、助言等についての記録を作成するとともに、当該記録を公表しているか。</p> <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るか。</p> <p>事業の運営に当たっては、提供した認知症対応型通所サービスに関する利用者からの苦情に関して市等が派遣する者が相談及び援助を行う事業その他の市が実施する事業に協力するよう努めているか。</p> <p>認知症対応型通所サービス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認知症対応型通所サービスを提供する場合には、当該建物に居住する利用者以外の者に対しても認知症対応型通所サービスの提供を行うよう努めているか。</p> | <p>基準条例第 80 条において準用する第 59 条の 17 第 2 項</p> <p>基準条例第 80 条において準用する第 59 条の 17 第 3 項</p> <p>基準条例第 80 条において準用する第 59 条の 17 第 4 項</p> <p>基準条例第 80 条において準用する第 59 条の 17 第 5 項</p> | <p>適否</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>適否</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>適否</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>適否</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> |
| 事故発生時の対応 | <p>利用者に対する認知症対応型通所サービスの提供により事故が発生した場合は、市、当該利用者の家族、当該利用者に係る指定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。</p> <p>基準条例第 80 条において準用する第 59 条の 18 第 1 項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。</p> <p>利用者に対する認知症対応型通所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。</p> <p>— 損害賠償保険加入の有無 —<br/> <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無</p>   | <p>基準条例第 80 条において準用する第 59 条の 18 第 1 項</p> <p>基準条例第 80 条において準用する第 59 条の 18 第 2 項</p> <p>基準条例第 80 条において準用する第 59 条の 18 第 3 項</p>   | <p>適否</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>適否</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>適否</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>  |

|  |  |  |
|--|--|--|
|  | <p>基準条例第80条において準用する第59条の5第4項の認知症対応型通所サービス以外のサービスの提供により事故が発生した場合は、基準条例第80条において準用する第59条の18第1項及び第2項の規定に準じた必要な措置を講じているか。</p> | <p>基準条例第80条において準用する第59条の18第4項の18第4項</p> <p><input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否</p> |
|--|--|--|

※1 単独型・併設型指定認知症対応型通所介護事業者は、単独型・併設型指定認知症対応型通所介護の単位ごとに、前項第2号の看護職員又は介護職員を、常時1人以上当該単独型・併設型指定認知症対応型通所介護に従事させなければならない。(基準条例第61条第2項)

※2 看護職員又は介護職員は、利用者の処遇に支障がない場合は、他の単独型・併設型指定認知症対応型通所介護の単位の看護職員又は介護職員として従事することができる。(基準条例第61条第3項)

※3 食堂及び機能訓練室は、食事の提供の際にはその提供に支障がない広さを確保でき、かつ、機能訓練を行う際にはその実施に支障がない広さを確保できる場合にあつては、同一の場所とすることができる。

※4 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。

※5 災害その他のやむを得ない事情がある場合は、この限りでない。

◇基準条例 茂原市指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準を定める条例

◇居住、滞在等指針 居住、滞在及び宿泊並びに食事の提供に係る利用料等に関する指針