

# 令和5年度 自己点検シート

(介護報酬編)

## ((介護予防)認知症対応型通所介護)

事業所番号: 33

事業所名:

点検年月日: 令和 年 月 日

点検担当者:

※「届出状況」の欄には、当該加算における市への体制届の提出の有無についてご記入ください。

※「算定状況」の欄には、前年度の4月1日以降における当該加算の算定の有無についてご記入ください。

| 届出状況   | 算定状況   | 点検項目             | 点検事項   | 点検結果                         | 確認書類  |
|--|--|------------------|--|------------------------------|---|
|  | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | 所要時間による区分の取扱い    | 送迎時に実施した居宅内での介助等(着替え、ベッド・車椅子への移乗、戸締り等)に要する時間を所要時間を含めている  | <input type="checkbox"/> 実施  | 利用者に関する記録(アセスメント)<br>認知症対応型通所介護計画<br>居宅サービス計画<br>実施記録<br>資格証<br>雇用契約書 |
|  |  |                  | 1日30分以内を限度としている  | <input type="checkbox"/> 満たす |   |
|  |  |                  | 居宅サービス計画及び認知症対応型通所介護計画に位置付けている   | <input type="checkbox"/> 満たす |   |
|  |  |                  | 居宅内の介助等を行う者が、介護福祉士、実務者研修修了者、介護職員基礎研修課程修了者、一級課程修了者、介護職員初任者研修修了者(二級課程修了者を含む)、看護職員、機能訓練指導員又は当該事業所における勤続年数と同一法人の経営する他の介護サービス事業所、医療機関、社会福祉施設等においてサービスを利用者に直接提供する職員としての勤続年数との合計が3年以上の介護職員である | <input type="checkbox"/> 満たす |   |
|  | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | 2～3時間の認知症対応型通所介護 | 利用者のやむを得ない事情により長時間のサービス利用が困難   | <input type="checkbox"/> 満たす | 利用者に関する記録(アセスメント等)<br>実施記録  |
|  |  |                  | 2時間以上3時間未満のサービス提供  | <input type="checkbox"/> 実施  |   |
| <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | 3%加算             | 減少月の利用延人員数が、当該減少月の前年度の1月当たりの平均延人員数から5%以上減少している場合に、当該減少月の翌々月から3月以内に限り、基本報酬の3%に相当する単位数を加算  | <input type="checkbox"/> 該当  | 感染症又は災害の発生を理由とする通所介護等の介護報酬による評価届出様式・利用延人員数計算シート                       |
|  |  |                  | ※加算算定終了の前月においても、算定基礎と比較して月の利用延人員数が5%以上減少している場合には、当該月の翌月15日までに、利用延人員数の減少に対応するための経営改善に時間を要すること等の加算算定の延長を希望する理由を添えて、市へ届出を行い、1回に限り延長可  |                              |   |
|  |  |                  | 加算の算定の届出を行った月から算定終了月まで、毎月利用延人員数を算出   |                              |   |
|  |  |                  | 加算算定の期間内又は加算延長の期間内に、月の利用延人員数が算定基礎から5%以上減少していなかった場合は、速やかに市へ届出を行い、当該月の翌月をもって算定終了   | <input type="checkbox"/> 該当  |   |

| 届出状況   | 算定状況   | 点検項目               | 点検事項  | 点検結果                         | 確認書類                             |
|--|--|--------------------|---|------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | 中山間地域等における小規模事業所加算 | 厚生労働大臣が定める地域に事業所が所在   | <input type="checkbox"/> 該当  | 同意書等<br>実利用者数の算定記録               |
|  |  |                    | 利用者への説明、同意  | <input type="checkbox"/> あり  |                                  |
|  |  |                    | 1月当たりの実利用者数が5人以下  | <input type="checkbox"/> 該当  |                                  |
| <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | 入浴加算(Ⅰ)            | 入浴介助を適切に行うことのできる人員及び設備  | <input type="checkbox"/> 満たす | 勤務表、入浴設備<br>認知症対応型通所介護計画<br>実施記録 |
|  |  |                    | 認知症対応型通所介護計画上の位置付け  | <input type="checkbox"/> あり  |                                  |
|  |  |                    | 入浴介助の実施   | <input type="checkbox"/> 実施  |                                  |
| <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | 入浴加算(Ⅱ)            | 入浴介助を適切に行うことのできる人員及び設備  | <input type="checkbox"/> 満たす | 勤務表、入浴設備、入浴計画、訪問記録、実施記録          |
|  |  |                    | 認知症対応型通所介護計画上の位置づけ  | <input type="checkbox"/> あり  |                                  |
|  |  |                    | 医師、理学療法士、作業療法士、介護福祉士、介護支援専門員等が利用者の居宅を訪問し、浴室における利用者の動作及び浴室の環境を評価すること。                                    | <input type="checkbox"/> 実施  |                                  |
|  |  |                    | 利用者の居宅を訪問し評価した者が、利用者自身で又は家族・訪問介護員等の介助により入浴を行うことが可能であると判断した場合、認知症対応型通所介護事業所にその旨を情報共有すること。                | <input type="checkbox"/> 実施  |                                  |
|  |  |                    | 認知症対応型通所介護事業所の機能訓練指導員等が共同して、利用者の居宅を訪問し評価した者との連携の下で、利用者の身体の状況や訪問により把握した利用者の居宅の浴室の環境等を踏まえた個別の入浴計画を作成している。 | <input type="checkbox"/> 実施  |                                  |
|  |  |                    | 入浴計画に基づき、個浴その他の利用者の居宅の状況に近い環境にて、入浴介助を実施している。  | <input type="checkbox"/> 実施  |                                  |

| 届出<br>状況   | 算定<br>状況   | 点検項目          | 点検事項  | 点検結果                        | 確認書類                         |
|--|--|---------------|---|-----------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 有<br><br><input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有<br><br><input type="checkbox"/> 無 | 生活機能向上連携加算(Ⅰ) | 訪問リハビリテーション事業所、通所リハビリテーション事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設の理学療法士等(以下「理学療法士等」という)が認知症対応型通所介護事業所を訪問し、機能訓練指導員等と共同してアセスメント、利用者の身体の状態等の評価及び個別機能訓練計画の作成を行っている。                     | <input type="checkbox"/> 該当 | 委託契約書(協定書)、アセスメント票、個別機能訓練計画書 |
|  |  |               | アセスメント、利用者の身体の状態等の評価及び個別機能訓練計画の作成に際し、理学療法士等は、機能訓練指導員等に対し、日常生活上の留意点、介護の工夫等に関する助言を行うこと。   | <input type="checkbox"/> 該当 | 個別機能訓練計画書                    |
|  |  |               | 個別機能訓練計画の作成に際し、理学療法士等は、利用者のADL及びIADLに関する状況について、訪問リハビリテーション事業所、通所リハビリテーション事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設において把握し、又は機能訓練指導員等と連携してICTを活用した動画やテレビ電話を用いて把握した上で、機能訓練指導員等に助言を行うこと。 | <input type="checkbox"/> 該当 | 個別機能訓練計画書                    |
|  |  |               | 個別機能訓練計画には、利用者ごとの目標、実施時間、実施方法等の内容を記載すること。   | <input type="checkbox"/> 該当 | 個別機能訓練計画書                    |
|  |  |               | 個別機能訓練計画の目標は、利用者や家族の意向及び利用者を担当する介護支援専門員の意見を踏まえて策定し、利用者の意欲の向上につながるよう、段階的な目標を設定するなど可能な限り具体的かつ分かりやすい目標とすること。   | <input type="checkbox"/> 該当 | 個別機能訓練計画書                    |
|  |  |               | 個別機能訓練計画に基づき、利用者の身体機能又は生活機能の向上を目的とする機能訓練の項目を準備し、機能訓練指導員が、利用者の心身の状態に応じて計画的に機能訓練を適切に提供すること。   | <input type="checkbox"/> 該当 | 個別機能訓練計画書、実施記録               |

| 届出状況   | 算定状況   | 点検項目                  | 点検事項   | 点検結果                        | 確認書類                         |
|--|--|-----------------------|--|-----------------------------|------------------------------|
|  |  | 生活機能向上連携加算<br>(Ⅰ)【続き】 | 機能訓練指導員等は、各月における評価内容や目標の達成度合いについて、利用者又はその家族及び理学療法士等に報告・相談し、理学療法士等から必要な助言を得た上で、必要に応じて利用者又はその家族の意向を確認の上、利用者のADLやIADLの改善状況を踏まえた目標の見直しや訓練内容の変更など適切な対応を行うこと。                        | <input type="checkbox"/> 該当 | 個別機能訓練計画書、実施記録               |
|  |  |                       | 理学療法士等は、機能訓練指導員と共同で、3月ごとに1回以上、個別機能訓練の進捗状況について評価した上で、機能訓練指導員等が利用者や家族に対して個別機能訓練計画の内容(評価を含む。)や進捗状況等を説明し記録するとともに、必要に応じて訓練内容の見直しを行っていること。<br><br>※利用者等に対する説明は、テレビ電話装置等を用いて行うことができる。 | <input type="checkbox"/> 該当 | 個別機能訓練計画書、実施記録、評価の記録         |
|  |  |                       | 機能訓練に関する記録(実施時間、訓練内容、担当者等)は利用者ごとに保管し、常に事業所の機能訓練指導員が閲覧できるようにしている。   | <input type="checkbox"/> 該当 | 実施記録                         |
|  |  |                       | 算定回数は3月に1回を限度(利用者の急性増悪等により個別機能訓練計画を見直した場合を除く)とし、個別機能訓練加算との併算定はしていない。   | <input type="checkbox"/> 該当 | 介護給付費請求書及び明細書                |
|  |  |                       |  |                             |                              |
| <input type="checkbox"/> 有<br><br><input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有<br><br><input type="checkbox"/> 無 | 生活機能向上連携加算<br>(Ⅱ)     | 訪問リハビリテーション事業所、通所リハビリテーション事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設の理学療法士等(以下「理学療法士等」という)が、事業所を訪問し、事業所の機能訓練指導員等と共同して、利用者の身体の状態等の評価及び個別機能訓練計画の作成を行っている。                                       | <input type="checkbox"/> 該当 | 委託契約書(協定書)、アセスメント票、個別機能訓練計画書 |
|  |  |                       | 利用者の身体の状態等の評価及び個別機能訓練計画の作成に際し、理学療法士等は、機能訓練指導員等に対し、日常生活上の留意点、介護の工夫等に関する助言を行うこと。   | <input type="checkbox"/> 該当 | 個別機能訓練計画書                    |
|  |  |                       | 機能訓練指導員等は、各月における評価内容や目標達成の度合いについて、利用者又はその家族及び理学療法士等に報告・相談し、理学療法士等から必要な助言を得た上で、必要に応じて利用者又はその家族の意向を確認の上、利用者のADLやIADLの改善状況を踏まえた目標の見直しや訓練内容の変更など適切な対応を行うこと。                        | <input type="checkbox"/> 該当 | 個別機能訓練計画書、実施記録、評価の記録         |

| 届出<br>状況 | 算定<br>状況 | 点検項目                      | 点検事項   | 点検結果                        | 確認書類           |
|----------|----------|---------------------------|--|-----------------------------|----------------|
|          |          | 生活機能向上連携加算<br>(Ⅱ)<br>【続き】 | 理学療法士等は、3月ごとに1回以上事業所を訪問し、機能訓練指導員等と共同で個別機能訓練の進捗状況等について評価した上で、機能訓練指導員等が、利用者又はその家族に対して個別機能訓練の内容(評価を含む。)や進捗状況等を説明し記録するとともに、必要に応じて訓練内容の見直し等を行うこと。 | <input type="checkbox"/> 該当 | 個別機能訓練計画書      |
|          |          |                           | 個別機能訓練計画には、利用者ごとにその目標、実施時間、実施方法等の内容を記載すること。  | <input type="checkbox"/> 該当 | 個別機能訓練計画書      |
|          |          |                           | 個別機能訓練計画の目標は、利用者や家族の意向及び利用者を担当する介護支援専門員の意見を踏まえて策定し、利用者の意欲の向上につながるよう、段階的な目標を設定するなど可能な限り具体的かつ分かりやすい目標とすること。                                    | <input type="checkbox"/> 該当 | 個別機能訓練計画書      |
|          |          |                           | 個別機能訓練計画に基づき、利用者の身体機能又は生活機能の向上を目的とする機能訓練の項目を準備し、機能訓練指導員が、利用者の心身の状況に応じて計画的に機能訓練を適切に提供すること。  | <input type="checkbox"/> 該当 | 個別機能訓練計画書、実施記録 |
|          |          |                           | 機能訓練に関する記録(実施時間、訓練内容、担当者等)は利用者ごとに保管し、常に事業所の機能訓練指導員が閲覧できるようにしている。   | <input type="checkbox"/> 該当 | 個別機能訓練計画書、実施記録 |
|          |          |                           | 個別機能訓練加算を算定している場合は、1月につき100単位を所定単位に加算している。   | <input type="checkbox"/> 該当 | 介護給付費請求書及び明細書  |

| 届出状況   | 算定状況   | 点検項目  | 点検事項  | 点検結果                        | 確認書類   |
|--|--|---|---|-----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | 個別機能訓練加算(Ⅰ)<br>「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」参照 | 個別機能訓練開始時及びその3か月後に1回以上利用者に対して説明を行っている。<br>※利用者等に対する説明は、テレビ電話装置等を用いて行うことができる。  | <input type="checkbox"/> あり | 個別機能訓練計画書<br>出勤簿、勤務表、雇用契約書、資格証               |
|  |  |   | 専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等を1日120分以上かつ1名以上配置している。   | <input type="checkbox"/> 配置 |  |
|  |  |   | 加算の対象となる理学療法士等が配置される曜日はあらかじめ定められ、利用者や居宅介護支援事業者に周知されている。<br>※理学療法士等が配置されていない曜日は算定不可  | <input type="checkbox"/> 合致 |  |
|  |  |   | 認知症対応型通所介護事業所の看護職員が当該加算に係る機能訓練指導員の職務に従事する場合には、当該職務の時間は、認知症対応型通所介護事業所における看護職員としての人員基準の算定に含めない。   | <input type="checkbox"/> 合致 | 個別機能訓練計画書<br>実施記録、評価の記録<br>実施時間、訓練内容、担当者等の記録 |
|  |  |   | 機能訓練指導員その他の職種が共同して、利用者ごとに目標、実施方法等を内容とする個別機能訓練計画を作成すること。   | <input type="checkbox"/> 実施 |  |
|  |  |   | 個別機能訓練計画に基づいて訓練を実施し、効果、実施方法等について評価を実施する。  | <input type="checkbox"/> 実施 |  |
|  |  |   | 個別機能訓練に関する記録(訓練内容、実施時間、担当者等)は、利用者ごとに保管され、常に当該事業所の個別機能訓練の従事者により閲覧が可能であるようにすること。  | <input type="checkbox"/> あり |  |
| <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | 個別機能訓練加算(Ⅱ)   | 利用者ごとの個別機能訓練計画書の内容等の情報をLIFEを用いて厚生労働省に提出し、機能訓練の実施に当たって、当該情報その他機能訓練の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用している。  | <input type="checkbox"/> 実施 | LIFEへの提出情報                                   |
| <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | ADL維持等加算(Ⅰ)   | ①評価対象者(事業所の評価対象利用期間が6月を超える者)の総数が10人以上である。   | <input type="checkbox"/> 該当 | 利用者に関する記録                                    |
|  |  |   | ②評価対象者全員について、評価対象利用開始月と、その翌月から起算して6月目(6月目にサービスの利用がない場合はサービスの利用があった最終月)において、ADLを評価し、その評価に基づくADL値を測定し、測定した日が属する月ごとに厚生労働省に当該測定を提出していること。 | <input type="checkbox"/> 該当 | ADL値の記録、LIFEへの提出情報                           |



| 届出<br>状況   | 算定<br>状況   | 点検項目   | 点検事項   | 点検結果                               | 確認書類              |
|--|--|--|--|------------------------------------|-------------------|
| <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 |  | 若年性認知症利用者ごとに個別に担当者を定める   | <input type="checkbox"/> 該当        | 認知症対応型通所介護計画、実施記録 |
|  |  |  | 担当者中心に利用者の特性やニーズに応じた適切なサービス提供  | <input type="checkbox"/> 実施        |                   |
| <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | 栄養アセスメント加算<br>「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」参照 | 当該事業所の従業者として又は外部との連携により管理栄養士を1名以上配置  | <input type="checkbox"/> 配置        | 出勤簿、勤務表、資格証、委託契約書 |
|  |  |  | 管理栄養士、看護・介護職員、生活相談員その他職種の者が共同して栄養アセスメントを実施   | <input type="checkbox"/> 3月に1回以上実施 | 栄養アセスメント実施記録      |
|  |  |  | 利用者等に対して栄養アセスメントの結果を説明し、相談等に必要に応じて対応   | <input type="checkbox"/> 3月に1回以上実施 | 利用者等に説明、対応した旨の記録  |
|  |  |  | ケアマネに対する情報提供   | <input type="checkbox"/> 3月に1回以上実施 |                   |
|  |  |  | 原則として、利用者が栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間及び当該栄養サービスが終了した日の属する月は算定しない。                    | <input type="checkbox"/> 算定せず      |                   |
|  |  |  | 利用者ごとの栄養状態等の情報をLIFEを用いて厚生労働省に提出し、栄養管理の実施に当たって、当該情報その他栄養管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用している。 | <input type="checkbox"/> 実施        | LIFEへの提出情報        |
|  |  |  | 定員、人員基準に適合   | <input type="checkbox"/> 該当        |                   |

| 届出状況   | 算定状況   | 点検項目   | 点検事項   | 点検結果                        | 確認書類              |
|--|--|--|--|-----------------------------|-------------------|
| <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | 栄養改善加算   | 事業所の従業者として又は外部(他の介護事業所、医療機関、介護保険施設等)との連携により、管理栄養士を1名以上配置 | <input type="checkbox"/> 配置 | 出勤簿、勤務表、資格証、委託契約書 |
|  |  | 「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」参照         | 管理栄養士、看護・介護職員等が共同した栄養ケア計画の作成                             | <input type="checkbox"/> あり | 栄養ケア計画(参考様式)      |
|  |  | 利用者等に対する計画の説明及び同意の有無   | <input type="checkbox"/> あり                              | 利用者又は家族が同意した旨の記録            |                   |
|  |  | 計画に基づく栄養改善サービスを提供し、必要に応じて利用者の居宅を訪問し、管理栄養士等が栄養改善サービスを行い、利用者の栄養状態を定期的に記録している | <input type="checkbox"/> あり                              | 栄養ケア提供経過記録(参考様式)            |                   |
|  |  | 栄養ケア計画の評価、ケアマネ等に対する情報提供  | <input type="checkbox"/> 3月ごとに実施                         | 栄養ケアモニタリング(参考様式)            |                   |
|  |  | 定員、人員基準に適合   | <input type="checkbox"/> あり                              |                             |                   |
|  |  | 月の算定回数(介護)   | <input type="checkbox"/> 2回以下                            | 介護給付費請求書及び明細書               |                   |
| <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)  | 利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態を確認し、介護支援専門員に情報提供している。         | <input type="checkbox"/> 該当 | 口腔スクリーニング記録       |
|  |  | 「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」参照         | 利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の栄養状態を確認し、介護支援専門員に情報提供している。            | <input type="checkbox"/> 該当 | 栄養スクリーニング記録       |
|  |  | 他事業所で既に口腔・栄養スクリーニング加算を算定している場合は算定しない。                                      | <input type="checkbox"/> 合致                              |                             |                   |
|  |  | 定員、人員基準に適合   | <input type="checkbox"/> 該当                              |                             |                   |
|  |  | 栄養アセスメント加算を算定している月、栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間、栄養改善サービスが終了した日の属する月は算定しない。  | <input type="checkbox"/> 合致                              |                             |                   |
|  |  | 口腔機能向上加算の算定に係る口腔機能向上サービスを受けている間、口腔機能向上サービスが終了した日の属する月は算定しない。               | <input type="checkbox"/> 合致                              |                             |                   |
|  |  | 算定頻度(当該事業所以外では算定していない。)  | <input type="checkbox"/> 6月に1回                           | 介護給付費請求書及び明細書               |                   |

| 届出<br>状況   | 算定<br>状況                       | 点検項目  | 点検事項   | 点検結果                        | 確認書類 |
|--|--------------------------------|---|--|-----------------------------|------|
| <input type="checkbox"/> 有<br><br><input type="checkbox"/> 無 |                                | 口腔・栄養スクリーニング<br>加算(Ⅱ)<br><br>「リハビリテーション・個別<br>機能訓練、栄養管理及び<br>口腔管理の実施に関する<br>基本的な考え方並びに事<br>務処理手順及び様式例の<br>提示について」参照 | 利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態と栄養状<br>態のいずれかの確認を行い、その情報を当該利用者を担当する介護<br>支援専門員に提供している。                | <input type="checkbox"/> 実施 |      |
|  |                                |   | 加算の算定月が①及び②のいずれにも適合又は③及び④のいずれに<br>も適合  | <input type="checkbox"/> 該当 |      |
|  |                                |   | ①栄養アセスメント加算を算定している又は利用者が栄養改善加算の<br>算定に係る栄養改善サービスを受けている間である若しくは当該栄養<br>改善サービスが終了した日が属する月のいずれかである。 | <input type="checkbox"/> 合致 |      |
|  |                                |   | ②口腔機能向上加算の算定に係る口腔機能向上サービスを受けてい<br>る間及び当該口腔機能向上サービスが終了した日の属する月ではな<br>い。                           | <input type="checkbox"/> 合致 |      |
|  |                                |   | ③栄養アセスメント加算を算定しておらず、かつ、栄養改善加算の算定<br>に係る栄養改善サービスを受けている間又は当該栄養改善サービス<br>が終了した日の属する月ではない。           | <input type="checkbox"/> 合致 |      |
|  |                                |   | ④利用者が口腔機能向上加算の算定に係る口腔機能向上サービスを<br>受けている間及び当該口腔機能向上サービスが終了した日の属する<br>月である。                        | <input type="checkbox"/> 合致 |      |
|  |                                |   | 定員、人員基準に適合   | <input type="checkbox"/> 該当 |      |
| 算定頻度(当該事業所以外では算定していない。)                                      | <input type="checkbox"/> 6月に1回 | 介護給付費請求書及び明<br>細書   |  |                             |      |

| 届出状況   | 算定状況   | 点検項目  | 点検事項  | 点検結果                             | 確認書類                      |
|--|--|---|---|----------------------------------|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | 口腔機能向上加算(Ⅰ)・(Ⅱ)共通<br><br>「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」参照 | 言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員を1名以上配置   | <input type="checkbox"/> 配置      | 出勤簿、勤務表、資格証               |
|  |  |   | 言語聴覚士、歯科衛生士、看護・介護職員等による口腔機能改善管理指導計画の作成  | <input type="checkbox"/> あり      | 口腔機能改善管理指導計画・管理指導計画(参考様式) |
|  |  |   | 必要に応じ、ケアマネを通じての主治の歯科医師等への情報提供、受診勧奨などの措置   | <input type="checkbox"/> あり      |                           |
|  |  |   | 歯科受診をしている場合、医療保険の「摂食機能療法」を算定していない、又は介護保険の「摂食・嚥下機能に関する訓練の指導若しくは実施」を行っている                                     | <input type="checkbox"/> 該当      |                           |
|  |  |   | 利用者等に対する計画の説明及び同意の有無  | <input type="checkbox"/> あり      | 利用者又は家族が同意した旨の記録          |
|  |  |   | 計画に基づく言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員による口腔機能向上サービスの提供、定期的な記録作成  | <input type="checkbox"/> あり      | 口腔機能改善管理指導計画・管理指導計画(参考様式) |
|  |  |   | 利用者毎の計画の進捗状況を定期的に評価、ケアマネ等への情報提供   | <input type="checkbox"/> 3月ごとに実施 | 口腔機能向上サービスのモニタリング(参考様式)   |
|  |  |   | 定員、人員基準に適合  | <input type="checkbox"/> 該当      |                           |
|  | <input type="checkbox"/> 2回以下                            | 介護給付費請求書及び明細書   |   |                                  |                           |
| <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | 口腔機能向上加算(Ⅱ)   | 利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画等の内容等の情報をLIFEを用いて厚生労働省に提出し、口腔機能向上サービスの実施に当たって、当該情報その他口腔衛生の管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。 | <input type="checkbox"/> 該当      | LIFEへの提出情報                |
| <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | 科学的介護推進体制加算   | 利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の利用者の心身の状況等に係る基本的な情報を、LIFEを用いて厚生労働省に提出している。                                   | <input type="checkbox"/> 該当      | 利用者に関する記録、LIFEへの提出情報      |
|  |  |   | 必要に応じて認知症対応型通所介護計画を見直すなど、認知症対応型通所介護の提供に当たって、前記に規定する情報その他認知症対応型通所介護を適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用している。              | <input type="checkbox"/> 該当      |                           |



| 届出状況   | 算定状況   | 点検項目             | 点検事項  | 点検結果                         | 確認書類                    |
|--|--|------------------|---|------------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | サービス提供体制強化加算(Ⅰ)  | 介護職員のうち、介護福祉士の割合が100分の70以上  | <input type="checkbox"/> 満たす | 職員台帳(履歴書)、資格証、割合についての記録 |
|  |  |                  | 介護職員のうち、勤続年数10年以上の介護福祉士の割合が100分の25以上  | <input type="checkbox"/>     |                         |
|  |  |                  | 前年度(3月を除く)の職員の割合につき、毎年月記録しているか。また、前年度の実績が6月に満たない事業所(新たに事業を開始し、又は再開した事業所を含む。)については、届出を行った月以降においても、直近三月間の職員の割合につき、毎月継続的に維持しており、その割合について毎月記録しているか。 | <input type="checkbox"/> 適合  | 割合についての記録               |
|  |  |                  | 定員、人員基準に適合  | <input type="checkbox"/> 該当  |                         |
| <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | サービス提供体制強化加算(Ⅱ)  | 介護職員のうち、介護福祉士の割合が100分の50以上  | <input type="checkbox"/> 満たす | 職員台帳(履歴書)、資格証、割合についての記録 |
|  |  |                  | 前年度(3月を除く)の職員の割合につき、毎年月記録しているか。また、前年度の実績が6月に満たない事業所(新たに事業を開始し、又は再開した事業所を含む。)については、届出を行った月以降においても、直近三月間の職員の割合につき、毎月継続的に維持しており、その割合について毎月記録しているか。 | <input type="checkbox"/> 適合  |                         |
|  |  |                  | 定員、人員基準に適合  | <input type="checkbox"/> 該当  |                         |
|  |  |                  | 療養通所介護について、直接処遇職員(生活相談員、看護職員、介護職員又は機能訓練指導員)のうち勤続年数7年以上の者の割合が100分の30以上   | <input type="checkbox"/> 満たす | 職員台帳(履歴書)、資格証、割合についての記録 |
| 定員、人員基準に適合   | <input type="checkbox"/> 該当                              |                  |   |                              |                         |
| <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | サービス提供体制強化加算(Ⅲ)イ | 療養通所介護について、直接処遇職員(生活相談員、看護職員、介護職員又は機能訓練指導員)のうち勤続年数7年以上の者の割合が100分の30以上   | <input type="checkbox"/> 満たす | 職員台帳(履歴書)、資格証、割合についての記録 |
|  |  |                  | 定員、人員基準に適合  | <input type="checkbox"/> 該当  |                         |
|  |  |                  | 療養通所介護について、直接処遇職員(生活相談員、看護職員、介護職員又は機能訓練指導員)のうち勤続年数3年以上の者の割合が100分の30以上   | <input type="checkbox"/> 満たす | 職員台帳(履歴書)、資格証、割合についての記録 |
|  |  |                  | 定員、人員基準に適合  | <input type="checkbox"/> 該当  |                         |

| 届出状況   | 算定状況   | 点検項目   | 点検事項   | 点検結果                        | 確認書類    |
|--|--|--|--|-----------------------------|---------|
|  | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | サービス種類相互の算定関係(介護)  | 短期入所生活介護、短期入所療養介護、特定施設入居者生活介護、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、看護小規模多機能型居宅介護を受けていない。 | <input type="checkbox"/> 適合 | サービス提供票 |
|  | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | サービス種類相互の算定関係(介護予防)  | 介護予防短期入所生活介護、介護予防短期入所療養介護、介護予防特定施設入居者生活介護、介護予防小規模多機能型居宅介護、介護予防認知症対応型共同生活介護を受けていない。                                 | <input type="checkbox"/> 適合 | サービス提供票 |
| <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)<br>「介護職員処遇改善加算及び介護職員等特定処遇改善加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」参照【以下同じ】  | 次に掲げる(1)～(6)のいずれにも適合   | <input type="checkbox"/> 該当 |         |
|  |  |  | (1) 介護職員処遇改善加算の算定額を上回る介護職員の賃金改善を実施   | <input type="checkbox"/> 該当 |         |
|  |  |  | (2) (1)の賃金改善に関する計画、当該計画に係る実施期間及び実施方法その他を記載した介護職員処遇改善計画書を作成し、市に届け出ている   | <input type="checkbox"/> 該当 |         |
|  |  |  | (3) 次に掲げる基準のいずれにも適合  | <input type="checkbox"/> 該当 |         |
|  |  | (一) 次に掲げる要件の全てに適合【キャリアパス要件Ⅰ】<br>a 介護職員の任用の際における職位、職責又は職務内容等の要件を定めている<br>b aに掲げる職位、職責又は職務内容等に応じた賃金体系について定めている<br>c a及びbの内容について就業規則等の明確な根拠規定を書面で整備し、全ての介護職員に周知している | <input type="checkbox"/> 該当  |                             |         |
|  |  | (二) 次に掲げる要件の全てに適合【キャリアパス要件Ⅱ】<br>a 介護職員の資質向上又は資格取得のための支援に関する計画を策定し、当該計画に係る研修の実施又は研修の機会を確保している<br>b aについて、全ての介護職員に周知している   | <input type="checkbox"/> 該当  |                             |         |

| 届出<br>状況   | 算定<br>状況   | 点検項目                  | 点検事項  | 点検結果                        | 確認書類 |
|--|--|-----------------------|---|-----------------------------|------|
| <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | 介護職員処遇改善加算<br>(Ⅰ)【続き】 | (三)次に掲げる要件の全てに適合する【キャリアパス要件Ⅲ】<br>a 介護職員の経験若しくは資格等に応じて昇給する仕組み又は一定の基準に基づき定期に昇給を判定する仕組みを設けている<br>b aの内容について就業規則等の明確な根拠規定を書面で整備し、全ての介護職員に周知している | <input type="checkbox"/> 該当 |      |
|  |  |                       | (四)届出に係る計画の期間中に実施する処遇改善(賃金改善を除く)の内容を全ての介護職員に周知している【職場環境等要件】   | <input type="checkbox"/> 該当 |      |
|  |  |                       | (4) 事業年度ごとに介護職員処遇改善実績報告書を作成し、市に提出している   | <input type="checkbox"/> 該当 |      |
|  |  |                       | (5) 賃金改善を行う方法等について計画書を用いて職員に周知するとともに、就業規則等の内容についても職員に周知している   | <input type="checkbox"/> 該当 |      |
|  |  |                       | (6) 労働基準法等を遵守している   | <input type="checkbox"/> 該当 |      |
| <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | 介護職員処遇改善加算<br>(Ⅱ)     | 加算(Ⅰ)の(1)から(2)及び(4)から(6)までに掲げる基準に適合し、かつ、(3)の(一)、(二)及び(四)に適合   | <input type="checkbox"/> 該当 |      |
| <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | 介護職員処遇改善加算<br>(Ⅲ)     | 加算(Ⅰ)の(1)から(2)及び(4)から(6)までに掲げる基準に適合し、かつ、(3)の(一)又は(二)のいずれか及び(四)に適合   | <input type="checkbox"/> 該当 |      |
| <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | 介護職員等特定処遇改善<br>加算(Ⅰ)  | 次に掲げる基準のいずれにも適合   | <input type="checkbox"/> 該当 |      |
|  |  |                       | (1) 処遇改善加算(Ⅰ)から(Ⅲ)までのいずれかを算定  | <input type="checkbox"/> 該当 |      |
|  |  |                       | (2)サービス提供体制強化加算(Ⅰ)又は(Ⅱ)を届け出ていること  | <input type="checkbox"/> 該当 |      |

| 届出<br>状況   | 算定<br>状況   | 点検項目                     | 点検事項   | 点検結果                        | 確認書類 |
|--|--|--------------------------|--|-----------------------------|------|
| <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | 介護職員等特定処遇改善<br>加算(Ⅰ)【続き】 | (3) 介護職員その他の職員の賃金改善について、次に掲げる基準のいずれにも適合し、かつ、介護職員等特定処遇改善加算の算定額を上回る賃金改善を実施   | <input type="checkbox"/> 該当 |      |
|  |  |                          | (一)事業所に従事する全ての職員を以下のグループに割り振る<br>a 経験・技能のある介護職員<br>b 他の介護職員(aを除く介護職員)<br>c その他の職種(介護職員以外の職員)                                     | <input type="checkbox"/> 該当 |      |
|  |  |                          | (二)経験・技能のある介護職員のうち1人以上は、賃金改善に要する費用の見込額が月額8万円以上又は賃金改善後の賃金の見込額が年額440万以上である(介護職員等特定処遇改善加算の算定見込額が少額であることその他の理由により、当該賃金改善が困難である場合を除く) | <input type="checkbox"/> 該当 |      |
|  |  |                          | (三)事業所における経験・技能のある介護職員の賃金改善に要する費用の見込額の平均が、他の介護職員の賃金改善に要する費用の見込額の平均を上回っている  | <input type="checkbox"/> 該当 |      |
|  |  |                          | (四)他の介護職員の賃金改善に要する費用の見込額の平均が、その他の職種の賃金改善に要する費用の見込額の平均の2倍以上である(その他の職種の平均賃金額が他の介護職員の平均賃金額を見込額を上回らない場合を除く)                          | <input type="checkbox"/> 該当 |      |
|  |  |                          | (五)介護職員以外の職員の賃金改善後の賃金の見込額が年額440万円を上回っていない  | <input type="checkbox"/> 該当 |      |
|  |  |                          | (4) (1)の賃金改善に関する計画、当該計画に係る実施期間及び実施方法その他を記載した介護職員等特定処遇改善計画書を作成し、市に届け出ている  | <input type="checkbox"/> 該当 |      |
|  |  |                          | (5) 当該事業所において、事業年度ごとに当該事業所の職員の処遇改善に関する実績を市に報告している  | <input type="checkbox"/> 該当 |      |
|  |  | 介護職員等特定処遇改善<br>加算(Ⅰ)【続き】 | (6) 賃金改善を行う方法等について計画書を用いて職員に周知するとともに、就業規則等の内容についても職員に周知している  | <input type="checkbox"/> 該当 |      |

| 届出状況   | 算定状況   | 点検項目             | 点検事項  | 点検結果                        | 確認書類 |
|--|--|------------------|---|-----------------------------|------|
| <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 |                  | (7) 労働基準法等を遵守している   | <input type="checkbox"/> 該当 |      |
|  |  |                  | (8) 介護職員等特定処遇改善加算に基づく取組について、ホームページへの掲載等により公表している  | <input type="checkbox"/> 該当 |      |
| <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ) | 加算(Ⅰ)の(1)及び(3)から(8)までに掲げる基準に適合  | <input type="checkbox"/> 該当 |      |
| <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | 介護職員等ベースアップ等支援加算 | 次に掲げる基準のいずれにも適合   | <input type="checkbox"/> 該当 |      |
|  |  |                  | (1)介護職員処遇改善加算(Ⅰ)から(Ⅲ)までのいずれかを算定している   | <input type="checkbox"/> 該当 |      |
|  |  |                  | (2)介護職員等ベースアップ等支援加算の算定見込額を上回る介護職員等の賃金改善を実施し、かつ、介護職員その他の職員のそれぞれについて賃金改善に要する費用の見込額の2/3以上を基本給又は決まって毎月支払われる手当に充てている | <input type="checkbox"/> 該当 |      |
|  |  |                  | (3)(2)の賃金改善に関する計画、当該計画に係る実施期間及び実施方法その他を記載した介護職員等ベースアップ等処遇改善計画書を作成し、市に届け出ている                                     | <input type="checkbox"/> 該当 |      |
|  |  |                  | (4)当該事業所において、事業年度ごとに当該事業所の職員の処遇改善に関する実績を市に報告している  | <input type="checkbox"/> 該当 |      |
|  |  |                  | (5)賃金改善を行う方法等について計画書を用いて職員に周知するとともに、就業規則等の内容についても職員に周知している  | <input type="checkbox"/> 該当 |      |
|  |  |                  | (6)労働基準法等を遵守している  | <input type="checkbox"/> 該当 |      |