

# 令和7年度 自己点検シート

(介護報酬編)

## (地域密着型通所介護・第1号通所事業)

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  <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有  <input type="checkbox"/> 無	送迎時の居宅内介助等の実施	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	地域密着型通所介護計画、居宅サービス計画、実施記録
			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地域密着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"/> 有  <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有  <input type="checkbox"/> 無	施設基準に掲げる区分の地域密着型通所介護費	利用者の要介護状態区分(要介護1～5)に応じて 算定(月途中の区分変更に注意)	<input type="checkbox"/> 合致	受給資格等の確認
			地域密着型通所介護計画上に位置付けられた内容を行うのに要する標準的な時間で算定	<input type="checkbox"/> 満たす	地域密着型通所介護計画、サービス提供票
			居宅サービス計画に沿い地域密着型通所介護を実施	<input type="checkbox"/> 実施	居宅サービス計画、実施記録
<input type="checkbox"/> 有  <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有  <input type="checkbox"/> 無	人員基準欠如減算(1割を超えて減少した場合)	看護職員及び介護職員を毎営業日欠けることなく配置している。	<input type="checkbox"/> 合致	出勤簿、勤務表、業務日誌
			人員欠如が発生した翌月から、人員欠如が解消されるに至った月まで利用者全員について減算を適用したことがある。	<input type="checkbox"/> 該当	
			①看護職員 「サービス提供日に配置された延べ人数」÷「サービス提供日数」<0.9	<input type="checkbox"/> 減算	
			②介護職員 「当該月に配置された職員の勤務延べ時間数」÷「当該月に配置すべき職員の勤務延べ時間数」<0.9	<input type="checkbox"/> 減算	

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 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	人員基準欠如減算 (1割の範囲内で減少した場合)	看護職員及び介護職員を毎営業日欠けることなく配置している。	<input type="checkbox"/> 合致	出勤簿、勤務表、業務日誌
			人員欠如が発生した翌々月から、人員欠如が解消されるに至った月まで、利用者等全員について減算を適用したことがある。(翌月の末日に人員基準を満たすに至っている場合を除く)	<input type="checkbox"/> 該当	
			①看護職員 $0.9 \leq \text{「サービス提供日に配置された延べ人数」} \div \text{「サービス提供日数」} < 1.0$	<input type="checkbox"/> 減算	
			②介護職員 $0.9 \leq \text{「当該月に配置された職員の勤務延べ時間数」} \div \text{「当該月に配置すべき職員の勤務延べ時間数」} < 1.0$	<input type="checkbox"/> 減算	
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	定員超過利用減算	運営規程に定められた利用定員以内の利用者数で毎営業日運営している。	<input type="checkbox"/> 合致	業務日誌
			定員超過利用(1ヶ月の利用者数の平均が利用定員を超える)が発生した翌月から、定員超過が解消されるに至った月まで、利用者等全員について減算を適用したことがある。 「1ヶ月(暦月)のサービス提供日ごとの同時にサービス提供を受けた者の最大数の合計」 $\div$ 「サービス提供日数」 $>$ 利用定員	<input type="checkbox"/> 該当	
			災害、虐待等の受入等やむを得ない利用による定員超過利用は減算は行わない。また、やむを得ない理由により受け入れた利用者は、平均利用者数に含めない	<input type="checkbox"/> 合致	
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	2～3時間の地域密着型通所介護	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)
			2時間以上3時間未満のサービス提供	<input type="checkbox"/> 実施	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
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 無		8～9時間の地域密着型通所介護の前後に行う日常生活上の世話	8時間以上9時間未満のサービス提供	<input type="checkbox"/> 実施	地域密着型通所介護計画、サービス提供票
			9時間以上10時間未満	<input type="checkbox"/> 50単位	実施記録
			10時間以上11時間未満	<input type="checkbox"/> 100単位	実施記録
			11時間以上12時間未満	<input type="checkbox"/> 150単位	実施記録
			12時間以上13時間未満	<input type="checkbox"/> 200単位	実施記録
			13時間以上14時間未満	<input type="checkbox"/> 250単位	実施記録
			利用後宿泊する場合や、宿泊翌日にサービス提供を受ける場合は算定不可	<input type="checkbox"/> 算定せず	実施記録
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 無	3%加算	<p>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</p> <p>※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</p> <p>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</p> <p>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</p>	<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	
			<input type="checkbox"/> 該当		
			<input type="checkbox"/> 該当		
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 無	高齢者虐待防止措置未実施減算	<p>高齢者虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催していない</p> <p>高齢者虐待防止のための指針を整備していない</p> <p>高齢者虐待防止のための研修を定期的に実施していない</p> <p>高齢者虐待防止措置を適正に実施するための担当者を置いていない</p>	<input type="checkbox"/> 実施	高齢者虐待防止のための指針実施記録	
			<input type="checkbox"/> 実施		
			<input type="checkbox"/> 実施		
			<input type="checkbox"/> 実施		
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 無	業務継続計画未策定減算	<p>感染症や非常災害の発生時において、利用者に対するサービス提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画を策定していない</p> <p>必要に応じての業務継続計画の見直し</p>	<input type="checkbox"/> 実施	業務継続計画実施記録	
			<input type="checkbox"/> 実施		

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 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 無		共生型地域密着型通所介護	共生型通所介護を行う指定生活介護事業者	<input type="checkbox"/> 該当	
			共生型通所介護を行う指定自立訓練(機能訓練)事業者	<input type="checkbox"/> 該当	
			共生型通所介護を行う指定児童発達支援事業者	<input type="checkbox"/> 該当	
			共生型通所介護を行う指定放課後等デイサービス事業者	<input type="checkbox"/> 該当	
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 無		生活相談員配置等加算	共生型通所介護事業所に生活相談員を配置し、かつ、地域に貢献する活動を実施している。	<input type="checkbox"/> 該当	出勤簿、勤務表、業務日誌
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 無		中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	厚生労働大臣が定める中山間地域等の地域に利用者が居住	<input type="checkbox"/> 該当	利用者の基本情報
			通常の事業実施地域を越えてサービスを提供	<input type="checkbox"/> 合致	運営規程
			別途、交通費の支払いを受けていない	<input type="checkbox"/> 合致	領収証
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 無		入浴介助加算(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
			地域密着型通所介護計画上の位置付け	<input type="checkbox"/> あり	地域密着型通所介護計画
			入浴介助にかかわる職員の、入浴介助に関する研修の実施(年1回以上)	<input type="checkbox"/> 実施	実施記録
			入浴介助の実施	<input type="checkbox"/> 実施	実施記録
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 無		入浴介助加算(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
			地域密着型通所介護計画上の位置付け	<input type="checkbox"/> あり	
			医師、理学療法士、作業療法士、介護福祉士若しくは介護支援専門員又は利用者の動作及び浴室の環境の評価を行うことができる福祉用具専門相談員、機能訓練指導員、地域包括支援センターの職員その他住宅改修に関する専門的知識及び経験を有する者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、助言 ※医師等による利用者の居宅への訪問が困難な場合には、医師等の指示の下、介護職員が利用者の居宅を訪問し、情報通信機器等を活用して把握した浴室における当該利用者の動作及び浴室の環境を踏まえ、医師等が当該評価・助言を行う	<input type="checkbox"/> 実施	



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 (I)【続き】	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。	<input type="checkbox"/> 該当	個別機能訓練計画書、実施記録、 評価の記録
			※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。		
			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

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 (Ⅰ)【続き】	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 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 無		生活機能向上連携加算 (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、利用者の身体の状況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
			利用者の身体の状況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
			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

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 (Ⅱ) 【続き】	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
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	個別機能訓練加算(Ⅰ)イ	専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等を1名以上配置している。	<input type="checkbox"/> 配置	出勤簿、勤務表、雇用契約書、資格証
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	個別機能訓練加算(Ⅰ)ロ	加算(Ⅰ)イにより配置された機能訓練指導員に加えて、専従の機能訓練指導員を1名以上配置	<input type="checkbox"/> 配置	出勤簿、勤務表、雇用契約書、資格証
			前記の要件に基づき、合計2名以上の機能訓練指導員を配置している時間帯に機能訓練を行った場合に算定している。	<input type="checkbox"/> 合致	
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	個別機能訓練加算(Ⅰ)イ・ (Ⅰ)ロ 共通  「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	機能訓練指導員が配置されていない時間は算定不可	<input type="checkbox"/> 合致	出勤簿、勤務表、雇用契約書、組織体制図、資格証
			加算の対象となる機能訓練指導員が配置される時間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。	<input type="checkbox"/> 合致	
			地域密着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、地域密着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	
			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、訓練項目、実施時間、実施回数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
		個別機能訓練加算(Ⅰ)イ・ (Ⅰ)ロ 共通【続き】	目標の設定に当たり、機能訓練指導員等が居宅を訪問した上で利用者の居宅の生活状況を確認すること。	<input type="checkbox"/> 実施	訪問記録
			目標の設定については、利用者の意欲の向上につながるよう長期目標・短期目標のように段階的な目標と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。また、単に身体機能の向上を目指すことのみを目標とするのではなく、日常生活における生活機能の維持・向上をめざすことを含めた目標とすること。	<input type="checkbox"/> 合致	個別機能訓練計画書
			訓練項目の設定に当たっては、利用者の身体機能及び生活機能の向上に資するよう複数の種類の機能訓練項目を準備すること。	<input type="checkbox"/> 実施	個別機能訓練計画書
			利用者又は家族に対し、機能訓練指導員等が個別機能訓練の内容について分かりやすく説明を行い、同意を得た上で、個別機能訓練計画を交付(電磁的記録の提供を含む)すること。	<input type="checkbox"/> 実施	個別機能訓練計画書
			訓練時間は、個別機能訓練計画に定めた訓練項目の実施に必要な1回あたりの訓練時間を考慮し適切に設定すること。	<input type="checkbox"/> 合致	アセスメント票、個別機能訓練計画書
			訓練実施回数は、生活機能の維持・向上を図る観点から、計画的・継続的に個別機能訓練を実施する必要がある、概ね週1回以上実施することを目安とする。	<input type="checkbox"/> 合致	アセスメント票、個別機能訓練計画書
			類似の目標を持ち、同様の訓練項目を選択した5人程度以下の小集団(個別対応含む)に対して機能訓練指導員が直接行うこととし、必要に応じて事業所内外の設備等を用いた実践的かつ反復的な訓練を実施すること。	<input type="checkbox"/> 実施	実施記録
			3月ごとに1回以上、利用者の居宅を訪問し、生活状況(起居動作、ADL、IADL等)を確認し、利用者又は家族に対して個別機能訓練の実施状況や効果等について説明し、記録するとともに、必要に応じて訓練内容の見直しを行う。	<input type="checkbox"/> 実施	個別機能訓練計画書、評価の記録、訪問記録
			※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。		
			個別機能訓練の実施状況や効果等について、利用者を担当する介護支援専門員等に適宜報告・相談し、利用者等の意向を確認の上、個別機能訓練の効果等を踏まえた目標の見直しや訓練項目の変更など適切な対応を行う。	<input type="checkbox"/> 実施	個別機能訓練計画書、評価の記録、報告の記録
			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
		個別機能訓練加算(Ⅰ)イ・(Ⅰ)ロ 共通【続き】	個別機能訓練に関する記録(個別機能訓練の目標、訓練項目、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	実施時間、訓練内容、担当者等の記録
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <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 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <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。 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。 ③評価対象者の評価対象利用開始月の翌月から起算して6月目の月に測定したADL値から評価対象利用開始月に測定したADL値を控除し、初月のADL値や要介護認定の状況等に応じた値を加えて得た値(ADL利得)について、評価対象者からADL利得の上位及び下位それぞれ1割の者を除いた者を「評価対象利用者」とし、評価対象利用者のADL利得を平均して得た値が1以上であること。	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 該当	利用者に関する記録 ADL値の記録、LIFEへの提出情報 ADL値の記録
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	ADL維持等加算(Ⅱ)	ADL維持等加算(Ⅰ)の①及び②の基準に適合している。 ADL維持等加算(Ⅰ)の③の評価対象利用者のADL利得を平均して得た値が3以上であること。	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 該当	利用者に関する記録、ADL値の記録、介護給付費明細書
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	ADL維持等加算(Ⅰ)・(Ⅱ)共通	ADLの評価は、一定の研修を受けた者により、Barthel Indexを用いて行う。 厚生労働省への情報の提出については、LIFEを用いて行うこと。また、サービスの質の向上を図るため、LIFEへの提出情報及びフィードバック情報を活用し、利用者の状態に応じた個別機能訓練計画の作成(Plan)、当該計画に基づく個別機能訓練の実施(Do)、当該実施内容の評価(Check)、その評価結果を踏まえた当該計画の見直し・改善(Action)の一連のサイクル(PDCAサイクル)により、サービスの質の管理を行うこと。 算定を開始しようとする月の末日までに、LIFEを用いてADL利得に係る基準を満たすことを確認すること。	<input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 合致	
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	認知症加算	指定基準上の介護職員又は看護職員の員数に加え、看護職員又は介護職員を常勤換算方法で2以上確保(職員数の算定方法) 暦月ごとの看護職員又は介護職員の勤務延時間数÷常勤職員が勤務すべき時間数	<input type="checkbox"/> 配置	出勤簿、勤務表

届出状況	算定状況	点検項目	点検事項	点検結果	確認書類
		認知症加算 【続き】	<p>前年度(又は算定月の前3月間)の利用者総数のうち、介護を必要とする認知症の者(日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ、M)の占める割合が15/100以上</p> <p>前3月の実績により届出を行った場合、届出を行った月以降においても、直近3月間の利用者の割合につき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。</p> <p>サービス提供時間帯を通じて認知症介護に係る一定の研修の修了者を1名以上配置(研修:認知症介護指導者研修、認知症介護実践リーダー研修、認知症介護実践者研修等。旧痴呆介護実務者研修の基礎課程、専門課程を含む。)</p> <p>従業者に対する認知症ケアに関する事例の検討や技術的指導に係る会議の定期的な開催</p> <p>認知症の症状の進行の緩和に資するケアを計画的に実施するプログラムの作成</p> <p>加算の対象者は、日常生活自立度がランクⅢ、Ⅳ又はMであること。</p> <p>加算算定対象者が利用している日に研修修了者の配置がない場合、算定不可</p>	<input type="checkbox"/> 該当  <input type="checkbox"/> 合致  <input type="checkbox"/> 配置  <input type="checkbox"/> 実施  <input type="checkbox"/> 作成  <input type="checkbox"/> 該当  <input type="checkbox"/> 算定せず	<p>割合についての記録</p> <p>資格証、出勤簿、勤務表</p> <p>実施記録</p> <p>認知症の症状緩和に資するケアの実施プログラム</p>
<input type="checkbox"/> 有  <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有  <input type="checkbox"/> 無	若年性認知症利用者受入加算	<p>初老期による認知症</p> <p>認知症加算を算定している場合は、算定していない。</p> <p>若年性認知症利用者ごとに個別の担当者(介護職員)を定める。</p> <p>利用者に応じた適切なサービス提供</p>	<input type="checkbox"/> 該当  <input type="checkbox"/> 算定せず  <input type="checkbox"/> 該当  <input type="checkbox"/> 実施	<p>利用者の基本情報</p> <p>地域密着型通所介護計画、実施記録</p>
<input type="checkbox"/> 有  <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有  <input type="checkbox"/> 無	生活機能向上グループ活動加算	<p>同月中に、利用者に対し、栄養改善加算、口腔機能向上加算又は一体的サービス提供加算のいずれかを算定していない。</p> <p>イ 生活相談員、看護職員、介護職員、機能訓練指導員その他指定介護予防通所サービス事業所の介護予防通所サービス従業者が共同して、利用者ごとに生活機能の向上の目標を設定した介護予防通所サービス計画を作成していること。</p> <p>ロ 介護予防通所サービス計画の作成及び実施において利用者の生活機能の向上に資するよう複数の種類の生活機能向上グループ活動サービスの項目を準備し、その項目の選択に当たっては、利用者の生活意欲が増進されるよう利用者を援助し、利用者の心身の状況に応じた生活機能向上グループ活動サービスが適切に提供されていること。</p>	<input type="checkbox"/> 合致  <input type="checkbox"/> 該当  <input type="checkbox"/> 該当	<p>サービス提供票</p> <p>利用者に関する記録(アセスメント等)、介護予防通所サービス計画</p> <p>介護予防通所サービス計画、サービス提供の記録</p>

届出 状況	算定 状況	点検項目	点検事項	点検結果	確認書類
		生活機能向上グループ活動加算【続き】	ハ 利用者に対し、生活機能向上グループ活動サービスを1週につき1回以上行っていること。	<input type="checkbox"/> 該当	介護予防通所サービス計画、サービス提供の記録
			共通の課題を有する利用者に対し、グループで生活機能の向上を目的とした活動を行った場合に算定。 * 集団的に行われるレクリエーションや創作活動等の機能訓練の場合は算定不可。	<input type="checkbox"/> 該当	
			次の1から3までを満たす。	<input type="checkbox"/> 1～3を満たす	
			1 生活機能向上グループ活動の準備	<input type="checkbox"/> ア、イを満たす	
			ア 日常生活に直結した活動項目を複数準備し、時間割を組む。	<input type="checkbox"/> 満たす	
			イ 一のグループの人数は、6人以下とする	<input type="checkbox"/> 満たす	
			2 利用者ごとの日常生活上の課題の把握と達成目標の設定 介護職員等が、次のアからエまでに掲げる手順により行う。 アからエまでの手順により得られた結果は、介護予防通所サービス計画に記録する。	<input type="checkbox"/> ア～エを満たす	
			ア (一)要支援状態等に至った理由と経緯、(二)要支援状態等となる直前の日常生活上の自立の程度と家庭内での役割の内容、(三)要支援状態等となった後に自立してできなくなったこと若しくは支障を感じるようになったこと、(四)現在の居宅における家事遂行の状況と家庭内での役割の内容、(五)近隣との交流の状況等について把握。利用者から聞き取りのほか、家族や介護予防支援事業者等から必要な情報を得よう努める。	<input type="checkbox"/> 満たす	
			イ アについて把握した上で、具体的な日常生活上の課題及び到達目標を当該利用者と共に設定する。 到達目標は、概ね3月程度で達成可能な目標とし、概ね1月程度で達成可能な目標(以下「短期目標」という。)を設定。 到達目標及び短期目標については、当該利用者の介護予防サービス計画と整合性のとれた内容とする。	<input type="checkbox"/> 満たす	
		ウ 介護職員等は、当該利用者の同意を得た上で到達目標を達成するために適切な活動項目を選定する。活動項目の選定に当たっては、生活意欲を引き出すなど、当該利用者が主体的に参加できるよう支援する。	<input type="checkbox"/> 満たす		

届出状況	算定状況	点検項目	点検事項	点検結果	確認書類
		生活機能向上グループ活動加算【続き】	エ (一)実施時間は、利用者の状態や活動の内容を踏まえた適切な時間、(二)実施頻度は1週につき1回以上、(三)実施期間は概ね3月以内。(一)から(三)までについて、当該利用者に説明し、同意を得ること。	<input type="checkbox"/> 満たす	
			3 生活機能向上グループ活動の実施方法	<input type="checkbox"/> ア～オを満たす	
			ア 生活機能向上グループ活動に係る計画を作成し、当該活動項目の具体的な内容、進め方及び実施上の留意点等を明らかにしておく。	<input type="checkbox"/> 満たす	
			イ 一のグループごとに、実施時間を通じて1人以上の介護職員等を配置し、同じグループに属する利用者が相互に協力しながら、それぞれが有する能力を発揮できるよう適切な支援を行うこと。	<input type="checkbox"/> 満たす	
			ウ サービスを実施した日ごとに、実施時間、実施内容、参加した利用者の人数及び氏名等を記録する。	<input type="checkbox"/> 満たす	
			エ 短期目標に応じ、概ね1月ごとに、利用者の当該短期目標の達成度と生活機能向上グループ活動における当該利用者の客観的な状況についてモニタリングを行うとともに、必要に応じて、生活機能向上グループ活動に係る計画の修正を行う。	<input type="checkbox"/> 満たす	
			オ 実施期間終了後、到達目標の達成状況及び2のアの(三)から(五)までの等について確認すること。その結果、当該到達目標を達成している場合には、当該利用者に対する当該生活機能向上グループ活動を終了し、当該利用者を担当する介護予防支援事業者等に報告すること。また、当該到達目標を達成していない場合には、達成できなかった理由を明らかにするとともに、当該サービスの継続の必要性について当該利用者及び介護予防支援事業者等と検討すること。その上で、当該サービスを継続する場合は、適切に実施方法及び実施内容等を見直すこと。	<input type="checkbox"/> 満たす	
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	栄養アセスメント加算 「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 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 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 ケアマネに対する情報提供	<input type="checkbox"/> 配置 <input type="checkbox"/> 3月ごとに実施 <input type="checkbox"/> 3月ごとに実施 <input type="checkbox"/> 3月ごとに実施	出勤簿、勤務表、資格証、委託契約書 栄養アセスメント実施記録 利用者等に説明、対応した旨の記録

届出状況	算定状況	点検項目	点検事項	点検結果	確認書類
		栄養アセスメント加算【続き】	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。 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。 定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 算定せず <input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 該当	LIFEへの提出情報
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	栄養改善加算 「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	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 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 利用者等に対する計画の説明及び同意の有無 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 栄養ケア計画の評価、ケアマネ等に対する情報提供 定員、人員基準に適合 月の算定回数	<input type="checkbox"/> 配置 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 3月ごとに実施 <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 2回以下	出勤簿、勤務表、資格証、委託契約書 栄養ケア計画(参考様式) 利用者又は家族が同意した旨の記録 栄養ケア提供経過記録(参考様式) 栄養ケアモニタリング(参考様式) 介護給付費請求書及び明細書
	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ) 「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。 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。 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。 定員、人員基準に適合 栄養アセスメント加算を算定している間である又は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。 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。 口腔連携強化加算を算定していない 算定頻度(当該事業所以外では算定していない。)	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 合致 <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 合致 <input type="checkbox"/> 合致 <input type="checkbox"/> 6月に1回	口腔スクリーニング記録 栄養スクリーニング記録 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  <input type="checkbox"/> 無	口腔・栄養スクリーニング 加算(Ⅱ)  「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月ごとに利用者の口腔の健康状態 と栄養状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間である又は利用者が 栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている 間である若しくは当該栄養改善サービスが終了した日が属す 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 けている間及び当該口腔機能向上サービスが終了した日 の属する月ではない。	<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 算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間又は当該 栄養改善サービスが終了した日の属する月ではない。	<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 サービスを受けている間及び当該口腔機能向上サービスが終 了した日の属する月である。	<input type="checkbox"/> 合致	
			定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	
			口腔連携強化加算を算定していない	<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
<input type="checkbox"/> 有  <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有  <input type="checkbox"/> 無	口腔機能向上加算(Ⅰ)・ (Ⅱ)共通  「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	
			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)

届出状況	算定状況	点検項目	点検事項	点検結果	確認書類
		口腔機能向上加算(Ⅰ)・(Ⅱ)共通【続き】	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 定員、人員基準に適合 月の算定回数	<input type="checkbox"/> 3月ごとに実施 <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 2回以下	口腔機能向上サービスのモニタリング(参考様式)  介護給付費請求書及び明細書
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <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 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	一体的サービス提供加算	栄養改善サービス及び口腔機能向上サービスをいずれも実施  利用者が介護予防通所リハビリテーションの提供を受けた日において当該利用者に対し栄養改善サービス又は口腔機能向上サービスのうちいずれかのサービスを行う日を1月につき2回以上を設けていること。  同月中に利用者に対し、栄養改善加算、口腔機能向上加算を算定していない	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 合致	
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <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。  必要に応じて地域密着型通所介護計画を見直すなど、地域密着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地域密着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 <input type="checkbox"/> 該当	利用者に関する記録、LIFEへの提出情報
	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	事業所と同一建物に居住する者又は同一建物から通う者に地域密着型通所介護を行う場合	事業所と同一建物に居住する者又は同一建物から当該事業所に通う者については、所定単位を減算する ※「同一建物」とは介護事業所と構造上又は外形上、一体的な建築物。 ・建物の1階部分に地域密着型通所介護事業所がある場合や、建物と渡り廊下等で繋がっている場合は該当。 ・同一敷地内にある別棟の建築物や道路を挟んで隣接する場合は非該当。 ※当該建築物の管理、運営法人が当該地域密着型通所介護事業所の事業者と異なる場合であっても該当。	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 該当	利用者に関する記録(アセスメント等)、サービス担当者会議の要点の

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 <input type="checkbox"/> 無	事業所と同一建物に居住する者又は同一建物から通う者に地域密着型通所介護を行う場合【続き】	※減算の対象は、地域密着型通所介護事業所と同一建物に居住する者及び同一建物から地域密着型通所介護を利用する者に限られる。 ・自宅(同一建物に居住する者を除く。)から地域密着型通所介護事業所へ通い、同一建物に宿泊する場合、この日は減算とならない。 ・同一建物に宿泊した者が地域密着型通所介護事業所へ通い、自宅(同一建物に居住する者を除く)に帰る場合、この日は減算となる。	<input type="checkbox"/> 該当	
			傷病その他やむを得ない事情で送迎を行った場合は、この限りではない。	<input type="checkbox"/> 該当	利用者に関する記録(アセスメント等)、サービス担当者会議の要点の記録、送迎の記録
			※傷病により一時的に送迎が必要であると認められる利用者その他やむを得ない事情により送迎が必要と認められる利用者に対して送迎を行った場合は、例外的に減算対象とならない。 具体的には、傷病により一時的に歩行困難となった者又は歩行困難な要介護者であって、かつ建物の構造上自力での通所が困難である者に対し、二人以上の従業者が、当該利用者の居住する場所と当該指定地域密着型通所介護事業所間の往復の移動を介助した場合に限られる。 ただし、この場合、二人以上の従業者による移動介助を必要とする理由や移動介助の方法及び期間について、介護支援専門員とサービス担当者会議等で慎重に検討し、その内容及び結果について地域密着型通所介護計画に記載し、移動介助者及び移動介助時の利用者の様子等について、記録しなければならない。	<input type="checkbox"/> 該当	利用者に関する記録(アセスメント等)、サービス担当者会議の要点の記録、送迎の記録
	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	送迎を行わない場合の減算	居宅と事業所間の送迎を行わない場合は、片道ごとに所定単位を減算している(同一建物居住者等に係る減算の対象者を除く。)	<input type="checkbox"/> 実施	実施記録、送迎記録、サービス提供票
			他事業所と自事業所の送迎を併せて行う場合、雇用契約や業務委託により責任の所在等を明確にしている	<input type="checkbox"/> 適合	雇用契約書 業務委託契約書
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <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"/> <input type="checkbox"/> いずれかを満たす	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		

届出状況	算定状況	点検項目	点検事項	点検結果	確認書類
		サービス提供体制強化加算(Ⅰ)【続き】	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3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。 定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 適合 <input type="checkbox"/> 該当	割合についての記録
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <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 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3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。 定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 満たす <input type="checkbox"/> 適合 <input type="checkbox"/> 該当	職員台帳(履歴書)、資格証、割合についての記録 割合についての記録
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	介護職員のうち、介護士福祉士の割合が100分の40以上 地域密着型通所介護について、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 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3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。 定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> いずれかを満たす <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 適合 <input type="checkbox"/> 該当	職員台帳(履歴書)、資格証、割合についての記録 割合についての記録 割合についての記録
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <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 定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 満たす <input type="checkbox"/> 該当	
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	サービス提供体制強化加算(Ⅲ)ロ	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 定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 満たす <input type="checkbox"/> 該当	
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	基本単位関係(送迎)	訪問介護員等による送迎を別途訪問介護費として算定	<input type="checkbox"/> なし	地域密着型通所介護計画、サービス提供票

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 <input type="checkbox"/> 無	サービス種類相互の算定関係	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
		介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）	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している。	<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。		
			(1)【月額賃金改善要件Ⅰ】 加算Ⅳの加算額の2分の1以上に相当する額以上を、基本給又は毎月支払われる手当（以下「基本給等」という。）の改善に充てている。	<input type="checkbox"/> 該当	令和7年度から適用
			(2)【月額賃金改善要件Ⅱ】 令和6年5月31日時点で、旧処遇改善加算を算定し、かつ、旧ベースアップ等加算を算定していない事業所が、令和8年3月31日までに新規に加算ⅠからⅣまでのいずれかを算定する場合は、仮に旧ベースアップ等加算を算定する場合に見込まれる加算額の3分の2以上の基本給等の引上げを実施している。	<input type="checkbox"/> 該当	旧ベースアップ等加算未算定の場合のみ適用
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		(3)【キャリアパス要件Ⅰ】（任用要件・賃金体系の整備等） 次に掲げる要件の全てに適合 ア 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。 イ アに掲げる職位、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。 ウ ア及びイ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	令和7年度中も年度内に対応することの誓約で可
			(4)【キャリアパス要件Ⅱ】（研修の実施等） 次に掲げる要件の全てに適合 ア 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。 イ アについて、全ての介護職員に周知している。	<input type="checkbox"/> 該当	令和7年度中も年度内に対応することの誓約で可

届出状況	算定状況	点検項目	点検事項	点検結果	確認書類
		介護職員等処遇改善加算(I)【続き】	(5)【キャリアパス要件Ⅲ】(昇給の仕組みの整備等) 次に掲げる要件の全てに適合 ア 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的に昇給を判定する仕組みを設けている。 イ ア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	令和7年度中も年度内に対応することの誓約で可
	(6)【キャリアパス要件Ⅳ】(改善後の年額賃金要件) 「経験・技能のある介護職員」のうち1人以上は、賃金改善後の賃金の見込み額が年額440万円以上である(加算等による賃金改善以前の賃金が年額440万円以上の者を除く。)		<input type="checkbox"/> 該当		
	(7)【キャリアパス要件Ⅴ】(介護福祉士の配置等要件) サービス類型ごとに以下の届出を行っている。  ・ <u>介護老人保健施設、介護医療院、(介護予防)認知症対応型共同生活介護、(介護予防)通所リハビリテーション</u> サービス提供体制強化加算Ⅰ又はⅡを算定している。 ・ <u>介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設</u> サービス提供体制強化加算Ⅰ又はⅡを算定している、若しくは日常生活継続支援加算Ⅰ又はⅡを算定している。 ・ <u>(介護予防)特定施設入居者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護</u> サービス提供体制強化加算Ⅰ又はⅡを算定している、若しくは入居継続支援加算Ⅰ又はⅡを算定している。 ・ <u>(介護予防)短期入所生活介護、(介護予防)短期入所療養介護</u> サービス提供体制強化加算Ⅰ又はⅡを算定している、若しくは本体施設において旧特定加算Ⅰ又は加算Ⅰの届出がある。		<input type="checkbox"/> 該当		
	(8)【職場環境等要件】 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。		<input type="checkbox"/> 該当	令和7年度は年度内に対応することの制約で可 「介護人材確保・職場環境改善等事業」を申請している場合は、要件を満たすものとする。	
	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			

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 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	介護職員等処遇改善加算 (Ⅱ)	加算(Ⅰ)の1から2、4から6に加え、3(1)から(6)及び(8)の要件をすべて満たしている。	<input type="checkbox"/> 該当	
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	介護職員等処遇改善加算 (Ⅲ)	加算(Ⅰ)の1から2、4から6に加え、3(1)から(5)及び(8)の要件をすべて満たしている。	<input type="checkbox"/> 該当	
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	介護職員等処遇改善加算 (Ⅳ)	加算(Ⅰ)の1から2、4から6に加え、3(1)から(4)及び(8)の要件をすべて満たしている。	<input type="checkbox"/> 該当	