

## 自己点検シート（通所介護・地域密着型通所介護・予防専門型通所介護サービス）

事業所名			
点検者職・氏名			
点検年月日	年	月	日

- 各項目を確認書類等により点検し、確認事項の内容を満たしているものには「適」、そうでないものは「不適」、該当しないものは「該当なし」にチェックをしてください。
- 地域密着型通所介護事業者においては、別に定める場合を除き、通所介護を地域密着型通所介護に、通所介計画を地域密着型通所介護計画に、それぞれ読み替えてください。

点検項目	確認事項	確認書類等	点検結果		
			適	不適	該当なし
指定居宅サービス・地域密着型サービスの事業の一般原則					
1	利用者の意思及び人格を尊重して、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めていますか。	・運営規程 ・重要事項説明書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	指定居宅サービス又は指定地域密着型サービスの事業を運営するに当たっては、地域との結び付きを重視し、市町村、他の居宅サービス事業者その他の保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との連携に努めていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	利用者の人権の擁護、虐待の防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、その従業者に対し、研修を実施する等の措置を講じていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	指定居宅サービス又は指定地域密着型サービスの提供に当たり、介護保険等関連情報その他必要な情報を活用し、適切かつ有効に行うよう努めていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>I 基本方針</b>					
2	基本方針 要介護状態となった場合でも、利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、生活機能の維持又は向上を目指し、必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の社会的な孤立感の解消及び心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るものとなっていますか。	・運営規程	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	（予防専門型通所サービス） 利用者が可能な限りその居宅において、要支援状態の維持若しくは改善を図り、又は要介護状態となることを予防し、自立した日常生活を営むことができるよう、入浴、排せつ、食事の介護その他の生活全般にわたる支援を行うことにより、利用者の心身機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指すものとなっていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	確認事項	確認書類等	点検結果		
			適	不適	該当なし
<b>II 人員基準</b>					
3	<p>【生活相談員】</p> <p>提供時間数（※1）に応じて、単位数にかかわらず、専ら当該サービスの提供に当たる生活相談員を1名以上配置していますか。</p> <p>※1 サービス提供開始時刻から終了時刻までとし、サービスが提供されていない時間帯を除く。</p> <p>※2 提供日ごとに、生活相談員の勤務延時間数<math>\geq</math>提供時間数 となっていること。</p> <p>例えば、9:00～12:00、13:00～18:00の2単位のサービスを実施する場合、サービス提供時間は9:00～18:00（12:00～13:00を除く）の8時間となり、生活相談員の員数にかかわらず、8時間の勤務延時間数分の配置が必要となる。</p> <p>※3 生活相談員は、社会福祉士・精神保健福祉士・介護支援専門員・介護福祉士・社会福祉主事任用資格を有する者又はこれらと同等以上の能力を有する者であること。</p> <p>※4 生活相談員の確保すべき勤務時間数には、サービス担当者会議や地域ケア会議に出席する時間などを含めることができる。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・勤務表</li> <li>・サービス記録</li> <li>・常勤・非常勤職員の員数がわかる職員名簿</li> <li>・雇用契約書</li> <li>・資格を確認する書類</li> <li>・就業規則</li> <li>・賃金台帳等</li> <li>・利用者数及び利用者の所要時間が分かる書類</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>【看護職員】</p> <p>単位ごとに、専ら当該サービスの提供に当たる看護職員（看護師又は准看護師）を1名以上配置していますか。</p> <p>※1 提供時間帯を通じて専従する必要はないが、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。</p> <p>密接かつ適切な連携とは…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</p> <p>病院・診療所・訪問看護ステーションとの連携により、看護職員を配置していますか。</p> <p>※2 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密接かつ適切な連携を図っている場合は、看護職員が確保されているものとする。</p> <p>病院・診療所・訪問看護ステーションとの連携で配置できるのは、人員基準上必要とされる「看護職員」に限られるため、「機能訓練指導員」としての配置はできない。また、事業所の加算要件としての配置も認められない。</p> <p>※3 利用定員が10人以下の場合は、看護職員又は介護職員を1名以上配置していますか。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病院・診療所・訪問看護ステーションとの委託契約</li> <li>・運営規程</li> <li>・勤務形態一覧表</li> <li>・出勤簿</li> <li>・サービス提供記録</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	確認事項	確認書類等	点検結果		
			適	不適	該当なし
3 従業者の員数	<p>【介護職員】</p> <p>提供時間数（※4）に応じて、専ら当該サービスの提供に当たる介護職員を次のとおり配置していますか。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者の数（注1）が15人までは1名以上</li> <li>・それ以上5又はその端数を増すごとに1を加えた数以上</li> </ul> <p>（注1）指定予防専門型通所サービス又は指定地域密着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あっては、各事業の利用者を含む。</p> <p>※4 ここでいう提供時間数とは、当該単位における平均提供時間数（利用者ごとの提供時間数の合計÷利用者数）とする。</p> <p>【利用者15人まで】 確保すべき勤務延時間数 = 平均提供時間数</p> <p>【利用者16人以上】 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</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>指定通所介護の単位ごとに、介護職員（利用定員が10人以下の場合は、看護職員又は介護職員）を、常時1人以上従事させていますか。</p> <p>※5 この限りにおいて、常時配置された介護職員以外の介護職員等は、利用者の処遇に支障がない場合は、他の指定通所介護の単位の介護職員等として従事することができる。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>【機能訓練指導員】</p> <p>機能訓練指導員を1名以上配置していますか。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>※6 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（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護師、准看護師、柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師、はり師又はきゅう師）であること。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>※6 はり師又はきゅう師を機能訓練指導員として配置する場合は、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護師、准看護師、柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師の資格を有する機能訓練指導員を配置した事業所で6月以上機能訓練指導に従事した経験を有する者であることを、当該はり師・きゅう師が機能訓練指導に従事した事業所の管理者が書面でそれを証していることを確認していますか。</p>	<p>・6月以上機能訓練指導に従事した事業所の管理者がそれを証した書類</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>【生活相談員・介護職員】</p> <p>すべてのサービス提供日において、生活相談員又は介護職員（※7）のうち1名以上は常勤となっていますか。</p> <p>※7 利用定員10人以下の場合は、生活相談員、看護職員又は介護職員のうち1名以上</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

点検項目	確認事項	確認書類等	点検結果		
			適	不適	該当なし
4 管理者	<p>管理者は、常勤・専従（※）ですか。</p> <p>※ 管理上支障がない場合は、他の職種等を兼務することができる。</p> <p>→ 下記の事項について記載してください。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・兼務の有無（有・無）</li> <li>・当該事業所内で他職種と兼務している場合はその職種名（ ）</li> <li>・同一敷地等の他事業所と兼務している場合は事業所名、職種名、兼務事業所における1週間当たりの勤務時間数</li> </ul> <p>事業所名：（ ）</p> <p>職種名：（ ）</p> <p>勤務時間：（ ）</p>	・勤務表	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Ⅲ 設備基準

5 設備及び備品等	<p>食堂、機能訓練室、静養室、相談室及び事務室を有していますか。また、消火設備その他の非常災害に際して必要な設備並びに指定通所介護の提供に必要なその他の設備・備品を備えていますか。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・平面図</li> <li>・設備、備品台帳</li> <li>・届出・変更届</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>【食堂、機能訓練室】</p> <p>食堂及び機能訓練室は、それぞれ必要な広さがあり、その合計した面積は三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ますか。</p> <p>※ 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ていれば、同一の場所として可。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・運営規程</li> <li>・平面図</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>【相談室】</p> <p>遮へい物の設置など相談の内容が漏えいしないよう配慮されていますか。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>【消火設備その他非常災害に際して必要な設備】</p> <p>消防法その他法令等に規定された設備は確実に設置されていますか。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>通所介護事業所の設備を利用し、夜間及び深夜に通所介護以外のサービス（以下「宿泊サービス」という。）を提供する場合は、サービス提供の開始時に市に届出ていますか。</p> <p>※通所介護事業所以外の設備を利用する場合は、市指針による。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	確認事項	確認書類等	点検結果		
			適	不適	該当なし
<b>IV 運営基準</b>					
6	内容及び手続の説明及び同意 事業所の概要、重要事項（※）について記した文書を交付し、利用申込者又はその家族に対し説明を行い、利用申込者の同意を得ていますか。 ※ 運営規程の概要、勤務体制、事故発生時の対応、苦情処理の体制等利用者のサービス選択に資すると認められる事項	<ul style="list-style-type: none"> <li>重要事項説明書</li> <li>利用申込書（契約書等）</li> <li>同意に関する記録</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	提供拒否の禁止 正当な理由なくサービス提供を拒否していませんか。特に要介護度や所得の多寡を理由にサービス提供を拒否していませんか。	<ul style="list-style-type: none"> <li>要介護度の分布がわかる資料</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	サービス提供困難時の対応 サービス提供が困難な場合、当該利用申込者に係る居宅介護支援事業者への連絡、適当な他の事業者の紹介その他の必要な措置を速やかに行っていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	受給資格等の確認 利用申込者の被保険者証で、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認していますか。	<ul style="list-style-type: none"> <li>利用者に関する記録</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	被保険者証に認定審査会意見が記載されているときは、サービス提供に際し、その意見を考慮していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	要介護認定の申請に係る援助 利用申込者が要介護認定を受けていない場合は、要介護認定申請のために必要な援助を行っていますか。	<ul style="list-style-type: none"> <li>利用者に関する記録</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	要介護認定の有効期間が終了する30日前には更新申請が行われるよう必要な援助を行っていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	心身の状況等の把握 サービス担当者会議を通じて利用者の心身の状況等の把握に努めていますか。	<ul style="list-style-type: none"> <li>利用者に関する記録</li> <li>サービス担当者会議の要点</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	居宅介護支援事業者等との連携 サービス提供に当たっては、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ますか。	<ul style="list-style-type: none"> <li>情報提供に関する記録</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	サービス提供の終了に際しては、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、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ますか。	<ul style="list-style-type: none"> <li>利用者に関する記録</li> <li>指導、連絡等の記録</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	法定代理受領サービスの提供を受けるための援助 利用申込者又はその家族に対し、居宅サービス計画の作成を居宅介護支援事業者に依頼する旨を市町村に対して届け出る等により、指定通所介護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、居宅介護支援事業者に関する情報提供すること、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ますか。	<ul style="list-style-type: none"> <li>利用者の届出書</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目		確認事項	確認書類等	点検結果		
				適	不適	該当なし
14	居宅サービス計画に沿ったサービスの提供	居宅サービス計画が作成されている場合は、当該計画に沿ったサービスを提供していますか。	<ul style="list-style-type: none"> <li>居宅サービス計画書</li> <li>週間サービス計画表</li> <li>通所介護計画書</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	居宅サービス計画等の変更の援助	利用者が居宅サービス計画の変更を希望する場合は、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ますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	サービスの提供の記録	介護サービスを提供した際は、必要な事項を書面に記録していますか。	<ul style="list-style-type: none"> <li>サービス提供票・別表</li> <li>業務日誌</li> <li>通所介護記録</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		介護サービスを提供した際は、具体的なサービス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、情報提供していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	利用料等の受領	法定代理受領サービスの場合、利用者から利用者負担分の支払を受けていますか。	<ul style="list-style-type: none"> <li>サービス提供票、別表</li> <li>領収書控</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		法定代理受領サービスに該当しない通所介護を提供した場合の利用料と、居宅介護サービス費用基準額との間に、不合理な差額を生じさせていませんか。	<ul style="list-style-type: none"> <li>運営規程</li> <li>領収書控</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		上記の支払いを受ける額のほか、次に掲げる費用の額以外の支払いを利用者から受けていませんか。 ①利用者の選定により通常の事業の実施地域以外の地域に居住する利用者に対して行う送迎に要する費用 ②通常要する時間を超えるサービス提供で、利用者の選定に係るものの提供に伴い必要となる費用の範囲内において、通常の指定通所介護に係る居宅介護サービス費用基準額を超える費用【介護予防サービスは不可】 ③食事の提供に要する費用 ④おむつ代 ⑤指定通所介護の提供において提供されるサービスのうち、日常生活においても通常必要となるものに係る費用であって、利用者負担とすることが適当な費用	<ul style="list-style-type: none"> <li>重要事項説明書</li> <li>運営規程</li> <li>領収書控</li> <li>車両運行日誌</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		前項の費用の額に係るサービス提供に当たっては、あらかじめ利用者又はその家族に対し、当該サービス内容及び費用について説明し、同意を得ていますか。	<ul style="list-style-type: none"> <li>説明文書</li> <li>同意に関する記録</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		サービスの提供に要した費用の支払いを受けた際、領収証を交付していますか。	<ul style="list-style-type: none"> <li>領収書控</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		上記の領収証には、それぞれ個別の費用ごとに区分して記載していますか。	<ul style="list-style-type: none"> <li>領収書控</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		18	保険給付の請求のための証明書の交付	法定代理受領サービスに該当しない通所介護に係る利用料の支払いを受けた場合は、提供した指定通所介護の内容、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交付していますか。	<ul style="list-style-type: none"> <li>サービス提供証明書控</li> </ul>	<input type="checkbox"/>



点検項目		確認事項	確認書類等	点検結果		
				適	不適	該当なし
19	指定通所介護の基本的取扱方針	指定通所介護の提供は、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目標を設定し、計画的に行われていますか。	・（地域密着型）通所介護又は予防専門型通所サービス計画書 ・ 居宅サービス計画書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		自ら提供するサービスの質の評価を行い、常にその改善を図っていますか。	・ 自己評価基準等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	（指定予防専門型通所サービスの基本的取扱方針）	単に利用者の運動器の機能向上、栄養状態の改善、口腔機能の向上等の特定の心身機能に着目した改善等を目的とするものではなく、心身機能の改善等を通じて、利用者ができる限り要介護状態とならないで自立した日常生活を営むことができるよう支援することを目的とするものであることを常に意識してサービス提供を行っていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		利用者が有する能力を最大限活用することができるような方法によるサービス提供に努めていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		利用者とのコミュニケーションを十分に図ることその他の様々な方法により、利用者が主体的に事業に参加するよう適切に働きかけていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	指定通所介護の具体的取扱方針	サービスの提供に当たっては、懇切丁寧に行うことを心がけるとともに、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説明を行っていますか。	・ 通所介護計画書 ・ 使用しているパンフレット等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		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を提供していますか。	・ 研修参加状況等がわかる書類	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		利用者の心身の状況等の把握に努め、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適切に提供していますか。特に、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提供ができる体制を整えていますか。	・ 利用者に関する記録 ・ 指導を記録した書類等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	（指定予防専門型通所サービスの具体的取扱方針）	サービス提供開始時から少なくとも1月に1回は利用者の状態、当該利用者に対するサービスの提供状況について指定介護予防支援事業者に報告していますか。	・ 利用者に関する記録 ・ 報告の記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		サービス提供を行う期間が終了するまでに、少なくとも1回は計画の実施状況の把握（モニタリング）を行い、記録するとともに、指定介護予防支援事業者に報告していますか。	・ モニタリングの記録 ・ 報告の記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	（指定予防専門型通所サービスの提供に当たっての留意点）	アセスメントにおいて把握された課題、指定予防専門型通所サービスの提供による当該課題に係る改善状況等を踏まえつつ、効率的かつ柔軟なサービス提供に努めていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		運動器機能向上サービス、栄養改善サービス又は口腔機能向上サービスの提供に当たっては、国内外の文献等において有効性が確認されている等適切なものとしていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		利用者が虚弱な高齢者であることに十分に配慮し、利用者に危険が伴うような強い負荷を伴うサービス提供は行わないとともに、安全管理体制等の確保を図ること等を通じて、利用者の安全面に最大限配慮していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目		確認事項	確認書類等	点検結果		
				適	不適	該当なし
24	通所介護等計画書の作成	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、具体的なサービスの内容等を記載した通所介護計画書を作成していますか。	・（地域密着型）通所介護又は予防専門型通所サービス計画書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		通所介護計画書は居宅サービス計画書に沿った内容となっていますか。又必要に応じて変更していますか。	・（地域密着型）通所介護又は予防専門型通所サービス計画書 ・居宅サービス計画書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		管理者は、通所介護計画書の内容について利用者又はその家族に説明を行い、利用者から同意を得ていますか。	・（地域密着型）通所介護又は予防専門型通所サービス計画書 ・利用者に関する記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		管理者は、通所介護計画書を利用者に交付していますか。	・（地域密着型）通所介護又は予防専門型通所サービス計画書 ・利用者に関する記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		提供したサービスの実施状況や目標の達成状況の記録を行っていますか。	・利用者に関する記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		居宅サービス計画に基づきサービスを提供している指定通所介護事業者は、当該居宅サービス計画を作成している指定居宅介護支援事業者から通所介護計画の提供の求めがあった際には、当該通所介護計画を提供することに協力するよう努めていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	利用者に関する市町村への通知	利用者が次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町村に通知していますか。 ① 正当な理由なしに指定通所介護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。 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。	・市町村に送付した通知に係る記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	緊急時等の対応	サービス提供中、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とっていますか。	・運営規程 ・連絡体制に関する書類 ・職務分担表 ・業務報告書・業務日誌等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27	(安全管理体制等の確保)	サービス提供中に利用者に病状の急変等が生じた場合に備え、緊急時マニュアル等を作成し、従業者に周知徹底するとともに、速やかに主治の医師への連絡が行えるよう、緊急時の連絡方法をあらかじめ定めていますか。	・運営規程 ・連絡体制に関する書類	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		転倒等を防止するための環境整備に努めていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		サービス提供前に脈拍や血圧等を測定するなど利用者の当日の体調を確認するとともに、無理のない適度なサービス内容とするよう努めていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		サービスの提供中においても、利用者の体調の変化に常に気を配り、病状の急変等が生じた場合などには、速やかに主治の医師へ連絡するなど必要な措置を講じていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



点検項目		確認事項	確認書類等	点検結果		
				適	不適	該当なし
28	管理者の責務	事業所の従業者及び業務の管理は、管理者により一元的に行われていますか。また、管理者は従業者に法令・基準等を遵守させるために必要な指揮命令を行っていますか。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・組織図、組織規程</li> <li>・業務分担表</li> <li>・業務報告書</li> <li>・業務日誌等</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	運営規程	<p>指定通所介護事業所ごとに次に掲げる重要事項に関する規程を定めていますか。</p> <p>①事業の目的及び運営の方針 ②従業者の職種、員数及び職務の内容 ③営業日及び営業時間 ④指定通所介護の利用定員 ⑤指定通所介護の内容及び利用料その他の費用の額 ⑥通常の事業の実施地域 ⑦サービス利用に当たっての留意事項 ⑧緊急時等における対応方法 ⑨非常災害対策 ⑩<u>虐待の防止のための措置に関する事項（令和6年3月31日まで経過措置あり）</u> ⑪その他運営に関する重要事項</p> <p><u>※⑩については、虐待の防止に係る、組織内の体制（責任者の選定、従業者への研修方法や研修計画等）や虐待又は虐待が疑われる事案が発生した場合の対応方法等を示す内容であること。</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・運営規程</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30	勤務体制の確保等①（勤務表、研修の機会等）	利用者に対し、適切なサービスを提供できるよう事業所ごとに勤務の体制（日々の勤務時間、職務内容、常勤・非常勤の別等）を定めていますか。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・就業規則</li> <li>・運営規程</li> <li>・雇用契約書</li> <li>・勤務表（原則として月ごと）</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		当該事業所の従業者によってサービスを提供していますか。 ※調理、洗濯等の利用者の処遇に直接影響を及ぼさない業務については委託可。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・勤務表</li> <li>・雇用契約書</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		通所介護従業者の資質向上のために、研修の機会を確保していますか。 <u>その際、事業者は全ての通所介護従業者（看護師、准看護師、介護福祉士、介護支援専門員、社会福祉士、認知症介護実践者研修修了者等を除く）に対し、認知症介護に係る基礎的な研修を受講させるために必要な措置を講じていますか。</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・研修受講修了証明書</li> <li>・研修計画、出張命令</li> <li>・研修会資料</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30	勤務体制の確保等②（ハラスメント）	<u>適切な通所介護の提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより担当職員の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じていますか。</u>				
		① <u>次の指針に規定されている内容に沿って必要な措置を講じていますか。</u> (1) <u>事業主が職場における性的な言動に起因する問題に関して雇用管理上講ずべき措置等についての指針（平成18年厚生労働省告示第615号）</u> (2) <u>事業主が職場における優越的な関係を背景とした言動に起因する問題に関して雇用管理上講ずべき措置等についての指針（令和2年厚生労働省告示第5号）</u>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		② <u>職場におけるハラスメントの内容及び職場におけるハラスメントを行ってはならない旨の方針を明確化し、従業者に周知・啓発していますか。</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ハラスメントに関する方針</li> <li>・従業者に周知・啓発していることがわかる資料</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	確認事項	確認書類等	点検結果			
			適	不適	該当なし	
30	<p>③相談(苦情を含む。)に対応する担当者をあらかじめ定めること等により、相談の対応のための窓口をあらかじめ定め、労働者に周知していますか。</p>	<p>・相談対応担当者 ・従業員に周知していることがわかる資料</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<p>※②・③の措置を講じるにあたっては次のマニュアルや手引きを参考にすること。(厚生労働省ホームページ掲載) (1)介護現場におけるハラスメント対策マニュアル (2)(管理職・職員向け)研修のための手引き</p>					
	<p>④介護現場では特に、利用者又はその家族等からのカスタマーハラスメントの防止が求められていることから、次の事項について取り組むように努めていますか。 (1)相談に応じ、適切に対応するために必要な体制の整備 (2)被害者への配慮のための取組(メンタルヘルス不調への相談対応、行為者に対して1人で対応させない等) (3)被害防止のための取組(マニュアル作成や研修の実施、業種・業態等の状況に応じた取組)</p>	<p>・各取組がわかる資料</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
30	<p>感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定居宅介護支援の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画(業務継続計画)を、策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じていますか。【令和6年3月31日までは努力義務】</p>					
	<p>※計画に必要な項目 ①感染症に係る業務継続計画 (1)平時からの備え(体制構築・整備、感染症防止に向けた取組の実施、備蓄品の確保等) (2)初動対応 (3)感染拡大防止体制の確立(保健所との連携、濃厚接触者への対応、関係者との情報共有等) ②災害に係る業務継続計画 (1)平常時の対応(建物・設備の安全対策、電気・水道等のライフラインが停止した場合の対策、必要品の備蓄等) (2)緊急時の対応(業務継続計画発動基準、対応体制等) (3)他施設及び地域との連携</p>	<p>・業務継続計画</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<p>事業者は職員に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的(年1回以上)に実施していますか。 ※研修については、新規採用時には別に研修を実施することが望ましい。</p>	<p>・研修及び訓練の記録</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
30	<p>事業者は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行っていますか。</p>					
31	<p>定員の遵守</p>	<p>サービス提供日において、利用定員を超えて指定通所介護の提供を行っていませんか。</p>	<p>・利用者名簿 ・運営規程</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32	<p>非常災害に関する具体的計画を立て、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していますか。また、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行っていますか。</p>	<p>・消防計画 ・避難訓練等の実施記録</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<p>上記に規定する訓練の実施にあたって、地域住民の参加が得られるよう連携に努めていますか。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

点検項目	確認事項	確認書類等	点検結果		
			適	不適	該当なし
33 衛生管理等	利用者の使用する施設、食器その他の設備・飲料水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講じていますか。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・水質検査等の記録</li> <li>・受水槽、浴槽の清掃記録</li> <li>・衛生管理マニュアル等</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<u>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、次に掲げる措置を講じていますか。【令和6年3月31日までは努力義務】</u>  <u>※特に、インフルエンザ対策、腸管出血性大腸菌感染症対策、レジオネラ症対策等については、別途発出されている通知に基づき、適切な措置を講じていますか。</u>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	①事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会をおおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、職員に周知徹底を図っていますか。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・委員会開催の記録</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	②事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための指針を整備していますか。 ※「介護現場における感染対策の手引き」（厚生労働省）を参考にすること。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・指針</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	③事業所において、職員に対し、感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を定期的（年1回以上）に実施していますか。 ※研修については、新規採用時には別に研修を実施することが望ましい。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・研修及び訓練の記録</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	食中毒及び感染症の発生を防止するための措置等について、必要に応じ保健所の助言・指導を求めるとともに、密接な連携を図っていますか。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・研修等参加記録</li> <li>・指導等に関する記録</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34 重要事項の揭示	事業所の利用者から見やすい場所に、運営規程の概要、従業員の勤務体制その他の利用申込者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を掲示していますか。 <u>※上記事項を記載した書面を事業所に備え付け、かつ、これをいつでも関係者に自由に閲覧させることにより、掲示に代えることができます。</u>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35 秘密保持等	従業者及び管理者が、正当な理由なく、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のないよう必要な措置を講じていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	従業者及び管理者であった者が、正当な理由なく、その業務上知り得た利用者またはその家族の秘密を漏らすことのないよう必要な措置を講じていますか。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・就業時の取り決め等の記録</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	サービス担当者会議等において利用者若しくはその家族の個人情報を用いる場合の同意を書面により得ていますか。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者及び家族の同意書</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36 広告	広告内容が虚偽又は誇大なものになっていませんか。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・広告物</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37 居宅介護支援事業者に対する利益供与の禁止	居宅介護支援事業者又はその従業者に対して、利用者に特定の事業者によるサービスを利用させることの対償として、金品その他の財産上の利益を供与していませんか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目		確認事項	確認書類等	点検結果		
				適	不適	該当なし
38	苦情処理等	利用者及びその家族からの苦情を受け付けるための仕組みを設けていますか。また苦情に関する市町村・国保連等の調査に協力し、指導助言に従って必要な改善を行っていますか。  苦情件数：月 件程度 苦情相談窓口の設置：有・無 相談窓口担当者：	<ul style="list-style-type: none"> <li>・運営規程</li> <li>・苦情に関する記録</li> <li>・苦情対応マニュアル</li> <li>・苦情に対する対応結果記録</li> <li>・指導等に関する改善記録</li> <li>・市町村への報告記録</li> <li>・国保連からの指導に対する改善記録</li> <li>・国保連への報告書</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		苦情相談を受けたことがある場合、苦情相談等の内容を記録・保存していますか。 苦情相談を受けたことがない場合、苦情相談等の内容を記録・保存する準備をしていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	地域との連携等	<u>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に努めていますか。</u>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<u>事業の運営に当たっては、提供したサービスに関する利用者からの苦情に関して、市町村等が派遣する者が相談及び援助を行う事業その他の市町村が実施する事業に協力するよう努めていますか。</u>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<u>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人に対してもサービスの提供を行うよう努めていますか。</u>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39	(地域密着型通所介護)運営推進会議	概ね6月に1回以上、運営推進会議を開催し、活動状況を報告し、評価を受けるとともに、必要な要望、助言等を聞く機会を設けていますか。	・運営推進会議議事録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		*複数の事業所の運営推進会議を合同で開催する場合は、次の条件を満たしていますか。 (1)利用者及び利用者家族については匿名とするなど、個人情報・プライバシーを保護すること。 (2)同一の日常生活圏域内に所在する事業所であること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		運営推進会議の報告、評価、要望、助言等についての記録を作成し、当該記録を公表していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		運営推進介護を開催した場合、速やかに市に報告書を提出していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	確認事項	確認書類等	点検結果		
			適	不適	該当なし
事故発生時の対応	<p>事故が発生した場合は、市町村、当該利用者の家族、当該利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じていますか。また、事故の状況や措置について記録していますか。</p> <p>過去に事故が発生していない場合でも、発生した場合に備えて、あらかじめ対応方法や記録様式等を準備していますか。（宿泊サービス提供の場合も含む。）</p> <p>→過去一年間の事故事例の有無： 有 ・ 無</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 事故対応マニュアル</li> <li>・ 事故に関する記録</li> <li>・ 事故発生報告書</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>賠償すべき事故が発生した場合は損害賠償を速やかに行っていますか。賠償すべき事故が発生したことがない場合でも損害賠償を速やかに行える準備をしていますか。</p> <p>→損害賠償保険への加入： 有 ・ 無</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 損害賠償関係書類</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>事故が生じた際には、原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じていますか。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 事故再発防止検討記録</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40 虐待の防止 【令和6年3月31日まで経過措置あり】	<p><u>虐待の発生又はその再発を防止するため、次に掲げる措置を講じていますか。【令和6年3月31日までは努力義務】</u></p>				
	<p><u>1. 事業所における虐待の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等の活用可）を定期的に開催するとともに、その結果について、職員に周知徹底を図ること。</u></p> <p>※委員会の検討内容</p> <p>(1) 虐待防止検討委員会その他事業所内組織に関すること</p> <p>(2) 虐待の防止のための指針の整備に関すること</p> <p>(3) 虐待の防止のための職員研修の内容に関すること</p> <p>(4) 虐待等について、従業者が相談・報告できる体制整備に関すること</p> <p>(5) 従業者が虐待等を把握した場合に、市町村への通報が迅速かつ適切に行われるための方法に関すること</p> <p>(6) 虐待等が発生した場合、その発生原因等の分析から得られる再発の確実な防止策に関すること</p> <p>(7) 前号の再発の防止策を講じた際に、その効果についての評価に関すること</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 委員会開催の記録</li> <li>・ 従業者に周知していることがわかる書類</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p><u>2. 事業所における虐待の防止のための指針を整備すること。</u></p> <p>※指針に盛り込む項目</p> <p>(1) 事業所における虐待の防止に関する基本的な考え方</p> <p>(2) 虐待防止検討委員会その他事業所内の組織に関する事項</p> <p>(3) 虐待の防止のための職員研修に関する基本方針</p> <p>(4) 虐待等が発生した場合の対応方法に関する基本方針</p> <p>(5) 虐待等が発生した場合の相談・報告体制に関する事項</p> <p>(6) 成年後見制度の利用支援に関する事項</p> <p>(7) 虐待等に係る苦情解決方法に関する事項</p> <p>(8) 利用者等に対する当該指針の閲覧に関する事項</p> <p>(9) その他虐待の防止の推進のために必要な事項</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 指針</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p><u>3. 職員に対し、虐待の防止のための研修を定期的に（年1回以上）実施すること。</u></p> <p>※新規採用時には必ず虐待の防止のための研修を実施すること。</p> <p>※研修の実施内容についても記録すること。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 研修の記録</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p><u>4. 上記3項目に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置くこと。</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 担当者の配置がわかる書類</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目		確認事項	確認書類等	点検結果		
				適	不適	該当なし
41	会計の区分	事業所ごとに経理を区分するとともに、指定通所介護事業の会計とその他の事業の会計を区分していますか。	・会計関係書類	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42	記録の整備	従業者、設備、備品及び会計に関する諸記録を整備していますか。	・職員名簿・設備台帳 ・会計関係書類	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		次に掲げる介護サービスの提供に関する記録を整備し、規則に定める日から2年間保存していますか。 ①通所介護計画（計画期間の終了日から） ②提供した具体的なサービス内容等の記録（計画期間の終了日から） ③市町村への通知に係る記録（対応終了日から） ④苦情の内容の記録（対応終了日から） ⑤事故の状況及び事故に際して採った処置についての記録（対応終了日から）	・（地域密着型）通所介護又は予防専門型通所サービス計画書 ・サービス提供記録 ・市町村への通知に係る記録 ・苦情の記録 ・事故の記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>V 変更の届出等</b>						
43	変更の届出等	当該指定に係る事業所の名称及び所在地その他厚生労働省令で定める事項に変更があったときは、10日以内にその旨を市に届け出ていますか。	・届出書類の控	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



点検項目	確認事項	確認書類等	点検結果		
			適	不適	該当なし
<b>VI-1 介護給付費関係（通所介護・地域密着型通所介護）</b>					
44 基本的事項	<p>指定通所介護に要する費用の額は、平成12年厚生省告示第19号の別表「指定居宅サービス介護給付費単位数表」により算定していますか。</p> <p>ただし、指定通所介護事業所毎に所定単位数より低い単位数を設定する旨を、市に事前に届出を行った場合は、この限りではありません。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・通所介護計画書</li> <li>・介護給付費請求書</li> <li>・介護給付費明細書</li> <li>・サービス提供票・別表</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>指定通所介護に要する費用の額は、「厚生労働大臣が定める1単位の単価」に、別表に定める単位数を乗じて算定していますか。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>1単位の単価に単位数を乗じて得た額に1円未満の端数があるときは、端数金額を切り捨てて計算していますか。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45 所要時間の取扱い	<p>所要時間の算定は、「地域密着型通所介護費」から「大規模型通所介護費（Ⅱ）」について、施設基準区分に従い、利用者の要介護状態区分に応じて、現に要した時間ではなく、通所介護計画に位置づけられた内容の指定通所介護を行うのに要する標準的な時間（※）で行っていますか。</p> <p>※ 送迎に要する時間は含まない。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・所要時間がわかる記録</li> <li>・届出書控</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>※ 送迎時に実施した居宅内での介助等（着替え、ベッド・車いすへの移乗、戸締り等）に要する時間は、次のいずれの要件も満たす場合、1日30分を限度として通所介護を行うのに要する時間に含めていますか。</p> <p>①居宅サービス計画、通所介護計画に位置づけた上で実施 ②送迎時に居宅内の介助を行う者が、次の者である場合</p> <p>介護福祉士、実務研修修了者、介護職員基礎研修課程修了者、1級課程修了者、介護職員初任者研修修了者、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の合計が3年以上の介護職員</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46 定員超過利用	<p>月平均の利用者数（※）が運営規程に定められている利用定員を超える場合、所定単位数に100分の70を乗じて得た単位数を算定していますか。</p> <p>※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た数（小数点以下切り上げ）</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者の数がわかる書類</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	確認事項	確認書類等	点検結果		
			適	不適	該当なし
47	<p>人員基準を満たさない状況で提供された通所介護</p> <p>人員基準に定める員数の看護職員及び介護職員が配置されていない状況で行われた通所介護については、所定単位数に100分の70を乗じて得た単位数を算定しています。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>職員勤務表</li> <li>利用者の数がわかる書類</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>◆一月の平均で、人員基準上1割を超えて減少した場合、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減算(所定単位数の70%を算定する)</p> <p>○看護職員(算定式)⇒  <math display="block">\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}} &lt; 0.9</math></p> <p>○介護職員(算定式)⇒  <math display="block">\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}} &lt; 0.9</math></p>	<p>◆一月の平均で、人員基準上1割の範囲内で減少した場合、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、利用者全員について減算(所定単位数の70%を算定する)ただし、翌月の末日に人員基準を満たす場合は除く。</p> <p>○看護職員(算定式)⇒  <math display="block">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}} &lt; 1</math></p> <p>○介護職員(算定式)⇒  <math display="block">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}} &lt; 1</math></p>			
48	<p>感染症又は災害の発生を理由とする介護報酬による評価</p> <p>感染症や災害の発生を理由とする利用者数の減少が生じた場合に、西宮市長に届出て、次の方法により介護報酬を申請していますか。</p> <p>(1) 感染症や災害の影響により利用者延人員数の減が生じた月の利用延人員が前年度の1月当たりの平均利用延人員数(※)から100分の5以上減少している場合に、サービス提供を行った場合には、利用者数が減少した月の翌々月から3月以内に限り、1回につき所定単位数の100分の3に相当する単位数を所定単位数に加算していますか。</p> <p>※「前年度の1月当たりの平均利用延人員数」とは、No.47の【事業所規模における平均利用延人員の計算について】と同じ。(以下、この項目において同じ)</p> <p>(2) 感染症や災害の影響により利用者延人員数の減が生じた月の利用延人員が、より小さい事業所規模別の報酬区分の利用延べ人員数と同等となった場合に、事業所規模別の報酬区分の決定に係る特例(より小さい事業所規模別の報酬区分)による評価を行い、報酬請求の申請を行っていますか。</p>	<p>・前年度との比較資料等算定根拠</p> <p>・(特例適用期間において)月ごとに利用延人員数を確認した記録</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<p>・前年度との比較資料等算定根拠</p> <p>・(特例適用期間において)月ごとに利用延人員数を確認した記録</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	確認事項	確認書類等	点検結果			
			適	不適	該当なし	
48 事業所規模による区分の取扱い	事業所規模について、次の要件を満たしていますか。 注：いずれも、人員基準上必要とされる看護職員又は介護職員を置いていること					
	①地域密着型通所介護費 指定地域密着型通所介護事業所であること		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	②通常規模型通所介護費 上記①以外で、前年度の1月当たりの平均利用延人員数が750人以内の指定通所介護事業所であること		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	③大規模型通所介護費（Ⅰ） 上記①②に該当しない事業所であって、前年度の1月当たりの平均利用延人員数が900人以内の指定通所介護事業所であること	<ul style="list-style-type: none"> <li>・職員勤務表</li> <li>・利用者の数がわかる書類</li> <li>・「算定区分確認表」（様式第6号）</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	④大規模型通所介護費（Ⅱ） 上記①②③に該当しないもの。指定通所介護事業所であること		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	⑤予防専門型通所サービス費 指定予防専門型通所サービス事業所であること		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
【事業所規模における平均利用延人員の計算について】						
<ul style="list-style-type: none"> <li>・当該事業所が通所介護と予防専門型通所サービスの指定を併せて受け一体的に事業実施している場合は、予防専門型通所サービスの利用者を含む。</li> <li>・3時間以上4時間未満、4時間以上5時間未満の報酬を算定している利用者については、1/2で計算し、5時間以上6時間未満、6時間以上7時間未満の報酬を算定している利用者については、3/4で計算する（予防専門型通所サービスの利用時間についても同様）。</li> <li>・ただし、予防専門型通所サービスの利用者については、同時にサービス提供を受けた者の最大数を営業日ごとに加えていく方法によって計算してもよい。</li> <li>・1月間（暦月）、正月等の特別な期間を除いて毎日営業した月については、6/7を乗じた数による。</li> <li>・前年度の実績が6月に満たない事業所又は前年度から定員を25%以上変更した事業所については、便宜上、利用定員の90%に1月当たりの予定営業日数を乗じて得た数とする。</li> <li>・毎年度3月31日時点において、4月以降も引き続き事業を実施するものの当該年度の通所介護費の算定に当たっては、前年度の平均利用延人数は、前年度において通所介護費を算定している月（3月を除く。）の1月当たりの平均利用延人員とする。</li> </ul>						

点検項目		確認事項	確認書類等	点検結果		
				適	不適	該当なし
49	(通所介護及び地域密着型通所介護) 短時間の場合の取扱い	「所要時間2時間以上3時間未満」のサービス提供を行う場合は、厚生労働大臣が定める基準に適合する利用者(※)に対して「所要時間4時間以上5時間未満」の場合の所定単位数の100分の70に相当する単位数を算定していますか。  ※心身の状況その他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である利用者	・利用者に関する記録 ・通所介護計画又は地域密着型通所介護計画	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50	(通所介護及び地域密着型通所介護) 9時間以上の場合に係る加算(延長加算)	所要時間8時間以上9時間未満のサービス提供を行った前後に日常生活上の世話をを行った場合で、当該指定通所介護の所要時間と当該指定通所介護の前後に行った日常生活上の世話の所要時間を通算した時間が9時間以上となった場合は、次に掲げる区分に応じ、次に掲げる単位数を加算していますか。 (1) 9時間以上10時間未満の場合 50単位 (2) 10時間以上11時間未満の場合 100単位 (3) 11時間以上12時間未満の場合 150単位 (4) 12時間以上13時間未満の場合 200単位 (5) 13時間以上14時間未満の場合 250単位  ※ サービス提供時間帯において、所要時間8時間以上9時間未満を算定する事業所のみ算定できる。 ※ 家族等の出迎え等までの間の「預かり」サービスについては、利用者から別途利用料を徴収しても差し支えない。(予防専門型通所サービスを除く。) ※ 実態として通所介護事業所等の設備を利用して宿泊する場合は算定不可。	・利用者に関する記録 ・通所介護計画又は地域密着型通所介護計画	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51	(共生型通所介護) 共生型居宅サービス減算	指定生活介護事業所が共生型通所介護を行った場合は、所定単位数の100/93に相当する単位数を算定していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		指定自立訓練(機能訓練)又は指定自立訓練(生活訓練)事業所が共生型通所介護を行った場合は、所定単位数の100/95に相当する単位数を算定していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		指定児童発達支援事業所(主として重症心身障害児を通わせる事業所を除く。)が共生型通所介護を行った場合は、所定単位数の100/90に相当する単位数を算定していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		指定放課後等デイサービス事業所(主として重症心身障害児を通わせる事業所を除く。)が共生型通所介護を行った場合は、所定単位数の100/90に相当する単位数を算定していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52	(共生型通所介護の指定を受ける指定生活介護事業所等) 生活相談員配置等加算	次に掲げる基準のいずれにも適合していますか。 (共生型通所介護の指定を受ける指定生活介護事業所等においてのみ算定可) (1) 共生型通所介護の提供日ごとに、生活相談員(社会福祉士、精神保健福祉士等)を1名以上配置していること。 (2) 地域に貢献する活動を行っていること。	・生活相談員に係る資格者証 ・勤務表 ・地域に貢献する活動に係る記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目		確認事項	確認書類等	点検結果													
				適	不適	該当なし											
53	中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	平成21年厚生労働省告示第83号の二に定める地域に居住している利用者に対し、通常の事業の実施地域を越えて指定通所介護を行った場合は、1月につき所定単位数の100分の5に相当する単位数を加算していますか。	<ul style="list-style-type: none"> <li>運営規程</li> <li>領収書控</li> <li>車両運行日誌</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
54	(通所介護及び地域密着型通所介護) 入浴介助加算	<u>厚生労働大臣が定める基準に適合しているとして届出て入浴介助を行った場合は、次に掲げる区分に従い、1日につき次に掲げる単位数を加算していますか。</u> <u>ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定できません。</u>  <u>※入浴を実施しなかった場合は算定できません。</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>入浴介助に関する記録</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
		<u>イ 入浴介助加算（Ⅰ） 40単位</u>  <u>入浴介助を適切に行うことができる人員及び設備を有して行われる入浴介助であること。</u>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
		<u>ロ 入浴介助加算（Ⅱ） 55単位</u>  <u>次のいずれにも適合していますか。</u>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
		<u>(1) イに掲げる基準に適合していますか。</u>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
		<u>(2) 医師、理学療法士、作業療法士、介護福祉士、介護支援専門員その他の職種の者（以下「医師等」という。）が利用者の居室を訪問し、浴室における当該利用者の動作及び浴室の環境を評価していますか。</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>居室の浴室環境に関する評価の記録</li> <li>訪問した医師等の助言の記録</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
		<u>(3) 上記(2)の訪問において、居室の浴室が、利用者自身又はその家族等の介助により入浴を行うことが難しい環境であると認められる場合は、訪問した医師等が、介護支援専門員又は福祉用具貸与事業所もしくは特定福祉用具販売事業所の福祉用具専門相談員と連携し、福祉用具の貸与もしくは購入又は住宅改修等の浴室の環境整備に係る助言を行っていますか。</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>訪問した医師等の助言の記録</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
		<u>(4) 事業所の機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して、利用者の居室を訪問した医師等との連携の下で、当該利用者の身体の状況、訪問により把握した居室の浴室の環境等を踏まえて個別の入浴計画を作成していますか。</u>	入浴計画書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
<u>(5) 上記(4)の入浴計画に基づき、個別の入浴その他の利用者の居室の状況に近い環境で、入浴介助を行っていますか。</u>	入浴を実施した記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>													
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>ケース</th> <th>算定可否</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>(1) 入浴中の利用者の観察を含む介助を行う場合</td> <td>○</td> </tr> <tr> <td>(2) 利用者の自立支援や日常生活動作能力などの向上のために、極力利用者自身の力で入浴し、必要に応じて介助、転倒予防のための声かけ、気分の確認などを行うことにより、結果として、身体に直接接触する介助を行わなかった場合</td> <td>○</td> </tr> <tr> <td>(3) 通所介護計画に、入浴の提供が位置づけられている場合に、利用者側の事情により、入浴を実施しなかった場合</td> <td>×</td> </tr> <tr> <td>(4) 清拭又は部分浴</td> <td>×</td> </tr> <tr> <td>(5) シャワー浴</td> <td>○</td> </tr> </tbody> </table>	ケース	算定可否	(1) 入浴中の利用者の観察を含む介助を行う場合	○	(2) 利用者の自立支援や日常生活動作能力などの向上のために、極力利用者自身の力で入浴し、必要に応じて介助、転倒予防のための声かけ、気分の確認などを行うことにより、結果として、身体に直接接触する介助を行わなかった場合	○	(3) 通所介護計画に、入浴の提供が位置づけられている場合に、利用者側の事情により、入浴を実施しなかった場合	×	(4) 清拭又は部分浴	×	(5) シャワー浴	○			
ケース	算定可否																
(1) 入浴中の利用者の観察を含む介助を行う場合	○																
(2) 利用者の自立支援や日常生活動作能力などの向上のために、極力利用者自身の力で入浴し、必要に応じて介助、転倒予防のための声かけ、気分の確認などを行うことにより、結果として、身体に直接接触する介助を行わなかった場合	○																
(3) 通所介護計画に、入浴の提供が位置づけられている場合に、利用者側の事情により、入浴を実施しなかった場合	×																
(4) 清拭又は部分浴	×																
(5) シャワー浴	○																

点検項目	確認事項	確認書類等	点検結果		
			適	不適	該当なし
55 (通所介護及び地域密着型通所介護) 中重度者ケア体制加算	別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして市長に届け出た指定通所介護事業所が、中重度の要介護者を受け入れる体制を構築し、指定通所介護を行った場合は、1日につき45単位を加算していますか。  ※ただし、番号50(共生型通所介護)共生型居宅サービス減算を算定している場合は、算定できない。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
指定基準に定められた員数に加え、看護職員又は介護職員を常勤換算方法で2以上確保していること。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
指定通所介護事業所における前年度又は算定日が属する月の前3月間の利用者の総数のうち、要介護状態区分が要介護3、要介護4又は要介護5である者の占める割合が100分の30以上であること。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
指定通所介護を行う時間帯を通じて、専ら当該指定通所介護の提供に当たる看護職員を1名以上配置していること。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



点検項目	確認事項	確認書類等	点検結果		
			適	不適	該当なし
56 (通所介護及び地域密着型通所介護)生活機能向上連携加算	別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして市長に届け出た指定通所介護事業所が、外部との連携により、利用者の身体の状態等の評価を行い、かつ、個別機能訓練計画を作成した場合には、当該基準に掲げる区分に従い、次に掲げる単位数を加算していますか ※次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しません。				
	(1) 生活機能向上連携加算（Ⅰ） 100単位／月 次の①～③いずれにも適合していますか。  ※3月に1回を限度として算定（ただし、利用者の急性憎悪等により当該個別機能訓練計画を見直した場合を除く。） ※個別機能訓練加算を算定している場合は、算定できません。 ※個別機能訓練計画に基づき個別機能訓練を提供した初回の月に限り、算定されるものです。なお、下記①の助言に基づき個別機能訓練計画を見直した場合には、本加算を再度算定することは可能ですが、利用者の急性憎悪等により個別機能訓練計画を見直した場合を除いて、当該月の翌月及び翌々月は本加算を算定しません。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 生活機能向上連携加算（Ⅱ） 200単位／月 次の②～④いずれにも適合すること。  ※個別機能訓練加算を算定している場合は、100単位／月となります。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	① 指定訪問リハビリテーション事業所、指定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（以下「指定訪問リハビリテーション事業所等」という。）の理学療法士等の助言に基づき、通所介護事業所の機能訓練指導員等が共同して利用者の身体状況等の評価及び個別機能訓練計画（※）の作成を行っていますか。  ※個別機能訓練計画に相当する内容を通所介護計画の中に記載する場合は、その記載をもって個別機能訓練計画の作成に代えることができます。 ※個別機能訓練加算を算定している場合は、別に個別機能訓練計画を作成する必要はありません。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	・個別機能訓練計画の作成に当たっては、次のいずれかの方法により、指定訪問リハビリテーション事業所等の理学療法士等が、当該利用者のADL及びIADLに関する状況について把握していますか。 (1) 指定訪問リハビリテーション事業所等の場において把握する。 (2) 通所介護事業所の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する。 ※ICTを活用した動画やテレビ電話を用いる場合においては、理学療法士等がADL及びIADLに関する利用者の状況について適切に把握することができるよう、理学療法士等と機能訓練指導員等で事前に方法を調整すること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	・指定訪問リハビリテーション事業所等の理学療法士等は、当該利用者のADL及びIADLに関する状況について把握した上で、当該指定通所介護事業所の機能訓練指導員等に、【日常生活上の留意点】、【介護の工夫】等に関して助言を行っていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	・個別機能訓練計画には、次の事項が記載されていますか。 (1) 利用者ごとにその目標 (2) 実施時間 (3) 実施方法等の内容		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	・個別機能訓練計画の目標については、利用者又はその家族の意向及び当該利用者を担当する介護支援専門員の意見も踏まえ策定することとし、当該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していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	② 個別機能訓練計画に基づき、利用者の身体機能又は生活機能向上を目的とする機能訓練の項目を準備し、機能訓練指導員等が、利用者の心身の状況に応じた機能訓練を適切に提供していること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	・機能訓練に関する記録に次の事項は記載されていますか。 (1) 実施時間 (2) 訓練内容 (3) 担当者等		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	確認事項	確認書類等	点検結果		
			適	不適	該当なし
	・機能訓練に関する記録は、利用者ごとに保管され、常に事業所の機能訓練指導員等により閲覧が可能であるようにしていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	③の1 ①の評価に基づき、個別機能訓練計画の進捗状況等を3月ごとに1回以上評価していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	③の2 上記③の1の評価した上で、利用者又はその家族に対して機能訓練の内容と個別機能訓練計画の進捗状況等を説明(※)していますか。  ※利用者等に対する説明は、テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。なお、テレビ電話装置等での活用に当たっては、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守すること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	・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していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	③の3 必要に応じて訓練内容の見直し等を行っていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	・理学療法士等から必要な助言を得た上で、必要に応じて当該利用者又はその家族の意向を確認の上、当該利用者の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っていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	④ 指定訪問リハビリテーション事業所等の理学療法士等の助言に基づき、通所介護事業所の機能訓練指導員等が、当該通所介護事業所を訪問し、当該事業所の機能訓練指導員等と共同して利用者の心身状況等の評価及び個別機能訓練計画(※)の作成を行っていますか。  ※個別機能訓練計画に相当する内容を通所介護計画の中に記載する場合は、その記載をもって個別機能訓練計画の作成に代えることができます。 ※個別機能訓練加算を算定している場合は、別に個別機能訓練計画を作成する必要はありません。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	指定訪問リハビリテーション事業所等の理学療法士等は、当該利用者のADL及びIADLに関する状況について把握した上で、当該指定通所介護事業所の機能訓練指導員等に、【日常生活上の留意点】、【介護の工夫】等に関して助言を行っていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	・個別機能訓練計画には、次の事項が記載されていますか。 (1) 利用者ごとにその目標 (2) 実施時間 (3) 実施方法等の内容		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	・個別機能訓練計画の目標については、利用者又はその家族の意向及び当該利用者を担当する介護支援専門員の意見も踏まえ策定することとし、当該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していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	確認事項	確認書類等	点検結果		
			適	不適	該当なし
57 （通所介護及び地域密着型通所介護） 個別機能訓練加算	厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして市長に届け出た指定通所介護の利用者に対して、機能訓練を行っている場合には、次に掲げる単位数を加算していますか。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者に関する記録</li> <li>・職員勤務表</li> <li>・個別機能訓練計画書</li> <li>・評価、モニタリング結果</li> </ul>			
	（1）個別機能訓練加算（Ⅰ）イ 56単位/日 次の①～⑤いずれにも適合していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	（2）個別機能訓練加算（Ⅰ）ロ 85単位/日 次の②～⑥いずれにも適合していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	（3）個別機能訓練加算（Ⅱ） 20単位/月 次のいずれかに適合していますか。 ・ ①～⑤ 及び ⑦ ・ ②～⑦		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p><b>【留意事項】</b>  ※個別機能訓練加算（Ⅰ）ロを算定している場合は、同加算（Ⅰ）イは算定できません。  ※個別機能訓練計画に基づく個別機能訓練の実施が予定されていた場合でも、利用車の都合等により実際に個別機能訓練が実施されなかった場合は、同加算を算定できません。  ※目標設定・個別機能訓練計画の作成方法の詳細を含む事務処理手順例等については、別に定める通知において、様式例が提示されているため、参考にしてください。</p>					
①専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等（※1）を1名以上配置していること（運営基準上配置を求めている機能訓練指導員により満たすこととして差し支えない。）。 ※理学療法士等とは、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師、はり師又はきゆう師（はり師及びきゆう師については、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機能訓練指導員を配置した事業所で6月以上機能訓練指導に従事した経験を有する者に限る。以下個別機能訓練加算において、同じ。）			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
例えば1週間のうち特定の曜日だけ理学療法士等を配置している場合は、当該加算を算定できる人員体制を確保している曜日が予め定められ、利用者や居宅介護支援事業者に周知していますか。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
通所介護事業所の看護職員が当該加算に係る理学療法士等の職務に従事する場合には、当該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ていませんか。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
②の1 機能訓練指導員等が共同して、利用者ごとに個別機能訓練計画を作成していますか。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
・個別機能訓練計画には、次の事項が記載されていますか。 (1) 利用者ごとの目標 (2) 目標を踏まえた訓練項目 (3) 訓練実施時間 (4) 訓練実施回数 等			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
・個別機能訓練計画の目標は、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にしていますか。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
・個別機能訓練計画の目標は、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・向上を目指すことを含めた目標にしていますか。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
・個別機能訓練項目の設定にあたっては、利用者の生活機能の向上に資するよう複数の種類の機能訓練の項目を準備し、その項目の選択に当たっては、利用者の生活意欲の向上に繋がるよう利用者を援助していますか。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
②の2 当該計画に基づき、理学療法士等が計画的に機能訓練を行っていますか。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	確認事項	確認書類等	点検結果		
			適	不適	該当なし
	・計画的・継続的に個別機能訓練を実施する必要があるが、概ね週1回以上実施することを目安としていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	・個別機能訓練に関する記録について、次の事項は記載されていますか。 (1) 目標 (2) 目標をふまえた訓練項目 (3) 訓練実施時間 (4) 個別機能訓練実施者等		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	・個別機能訓練に関する記録については、利用車ごとに保管され、常に当該事業所の個別機能訓練従事者により閲覧が可能ですか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	③個別機能訓練計画の作成及び実施においては、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、利用者の選択に基づき、心身の状況に応じた機能訓練を適切に行っていること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	・個別機能訓練は、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っていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	・訓練時間については、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していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	④の1 機能訓練指導員等が利用者の居宅を訪問し、利用者の居宅での生活状況を確認した上で、個別機能訓練計画を作成していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	・個別機能訓練項目や訓練実施時間、個別機能訓練の効果（例えば当該利用者のADL及びIADLの改善状況）等についての評価を行っていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	④の2 計画の作成後3月ごとに1回以上、利用者の居宅を訪問した上で、当該利用者の居宅での生活状況をその都度確認していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	・利用者の居宅を訪問した際は、利用者の居宅での生活状況について、次の事項を確認していますか。 (1) 起居動作 (2) ADL、IADL等の状況		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	④の3 当該利用者又はその家族に対して、個別機能訓練計画の進捗状況や個別機能訓練の効果等について説明していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	・上記について記録していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	・利用者等に対する説明は、テレビ電話装置等を活用して行う場合は、テレビ電話装置等の活用について当該利用者の同意を得ていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	④の4 必要に応じて個別機能訓練計画の見直し等を行っていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	・概ね3月ごとに1回以上、個別機能訓練の実施状況や個別機能訓練の効果等について、当該利用者を担当する介護支援専門員等にも適宜報告・相談していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	・利用者等の意向を確認の上、当該利用者に対する個別機能訓練の効果等を踏まえた個別機能訓練の目標の見直しや訓練項目の変更など、適切な対応を行っていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	確認事項	確認書類等	点検結果		
			適	不適	該当なし
	⑤ <u>利用定員・人員基準に適合している事業所であること。</u>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑥ <u>イ①の規定により配置された理学療法士等に加えて、専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等を通所介護を行う時間帯を通じて1名以上配置していること。</u>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<u>例えば1週間のうち特定の曜日だけ理学療法士等を配置している場合は、当該加算を算定できる人員体制を確保している曜日が予め定められ、利用者や居宅介護支援事業者に周知していますか。</u>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<u>通所介護事業所の看護職員が当該加算に係る理学療法士等の職務に従事する場合には、当該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ていませんか。</u>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑦ <u>利用者ごとの個別機能訓練計画書の内容等の情報を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こと。</u>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p><u>※ 厚生労働省への情報の提出については、「科学的介護情報システム（LIFE）」を用いて行うこととする。LIFEへの提出情報、提出頻度等については、「科学的介護情報システム（LIFE）関連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」を参照すること。</u></p> <p><u>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）により、サービスの質の管理を行うこと。</u></p> <p><u>提出された情報については、国民の健康の保持増進及びその有する能力の維持向上に資するため、適宜活用されるものである。</u></p>				

点検項目	確認事項	確認書類等	点検結果																			
			適	不適	該当なし																	
58 (通所介護及び地域密着型通所介護) ADL維持等加算	厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして市長に届け出た指定通所介護において、利用者に対して指定通所介護を行った場合は、評価対象期間の満了日の属する月の翌月から12月に限り、当該基準に掲げる区分に従い、1月につき次に掲げる単位数を加算していますか。  ただし、次のいずれかの加算を算定している場合は、次に掲げるその他の加算は算定できない。	・利用者に関する記録 ・職員勤務表 ・個別機能訓練計画書 ・評価、モニタリング結果	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
	(1) ADL維持等加算 (I) 30単位/月 次の①～③のいずれにも適合していますか。 (令和3年度については、①～③、⑤、⑥のいずれにも適合していますか。)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
	(2) ADL維持等加算 (II) 60単位/月 次の②～④のいずれにも適合していますか。 (令和3年度については、②～⑥のいずれにも適合していますか。)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
	(3) ADL維持等加算 (III) 3単位/月 【令和5年3月31日まで】  令和3年3月31日において現に、令和3年度介護報酬改定による改正前のADL維持等加算に係る届出を行っている事業所であって、上記ADL維持等加算 (I) 若しくは (II) に係る届出を行っておらず、かつ、次の⑦～⑩ (令和3年度介護報酬改定による改正前のADL維持等加算 (I) の要件) に適合していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
①評価対象者 (当該事業所の利用期間 (評価対象期間) が6月を超える利用者) の総数が10人以上であること。	・左記利用者の総数が10人以上であることを計算した書類	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		
※1 ADLの評価は、一定の研修を受けた者により、Barthal Indexを用いて行うものとする。																						
②評価対象者全員について、評価対象利用期間の初月 (評価対象利用開始月) と、当該月の翌月から起算して6月目 (6月目にサービスの利用が無い場合については当該サービスの利用があった最終の月) においてADLを評価し、その評価に基づく値 (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 (令和3年度については、厚生労働省への提出は除く。)	・提出した記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		
※2 厚生労働省へのADL値の提出は、LIFEを用いて行うこととする。																						
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値を控除して得た値を用いて一定の基準に基づき算出した値 (以下「ADL利得」という。) の平均値が1以上であること。	・左記値が1以上であることを計算した書類	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		
※3 ADL利得は、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値を控除して得た値に、次の表の左欄に掲げる者に係る同表の中欄の評価対象利用開始月に測定したADL値に応じてそれぞれ同表の右欄に掲げる値を加えた値を平均して得た値とする。																						
<table border="1"> <tbody> <tr> <td rowspan="4">1:2以外の者</td> <td>ADL値が0以上25以下</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>ADL値が30以上50以下</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>ADL値が55以上75以下</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>ADL値が80以上100以下</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td rowspan="4">2: 評価対象利用開始月において、初回の要介護認定があった月から起算して12月以内である者</td> <td>ADL値が0以上25以下</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>ADL値が30以上50以下</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>ADL値が55以上75以下</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>ADL値が80以上100以下</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		1:2以外の者	ADL値が0以上25以下	1	ADL値が30以上50以下	1	ADL値が55以上75以下	2	ADL値が80以上100以下	3	2: 評価対象利用開始月において、初回の要介護認定があった月から起算して12月以内である者	ADL値が0以上25以下	0	ADL値が30以上50以下	0	ADL値が55以上75以下	1	ADL値が80以上100以下	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1:2以外の者	ADL値が0以上25以下		1																			
	ADL値が30以上50以下		1																			
	ADL値が55以上75以下		2																			
	ADL値が80以上100以下	3																				
2: 評価対象利用開始月において、初回の要介護認定があった月から起算して12月以内である者	ADL値が0以上25以下	0																				
	ADL値が30以上50以下	0																				
	ADL値が55以上75以下	1																				
	ADL値が80以上100以下	2																				
※4 ※3においてADL利得の平均を計算するに当たって対象とする者は、ADL利得の多い順に、上位100分の10に相当する利用者 (1未満の端数が生じたときは、切り捨てる) 及び下位100分の10に相当する利用者 (1未満の端数が生じた時は、切り捨てる) を除く利用者 (評価対象利用者) とする。																						
※5 他の施設や事業所が提供するリハビリテーションを併用している利用者については、リハビリテーションを提供している当該他の施設や事業所と連携してサービスを実施している場合に限り、ADL利得の評価対象利用者に含まれるものとする。																						



点検項目	確認事項	確認書類等	点検結果		
			適	不適	該当なし
	④評価対象者のADL利得の平均値が2以上であること。	・左記値が2以上であることを計算した書類			
	※6 上記※3.※4.※5と同じ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑤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。	・PDCAサイクルによりサービスの質の管理を行っている記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑥ADL維持等加算（Ⅰ）又は（Ⅱ）の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。	・ADL利得に係る基準を満たすことが分かる記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	※7 令和3年度の評価対象期間は、加算の算定を開始する月の前年の同月から12月後までの1年間とする。ただし、令和3年4月1日までに算定基準に適合しているものとして市長に届出を行う場合については、次のいずれかの期間を評価対象期間とすることができる。 a 令和2年4月から令和3年3月までの期間 b 令和2年1月から令和2年12月までの期間				
	※8 令和4年度以降に加算を算定する場合であって、加算を取得する月の前年の同月に、基準に適合しているものとして市長に届け出ている場合には、届出の日から12月後までの期間を評価対象期間とする。				
◆改正前のADL維持等加算（Ⅰ）◆					
	⑦次の条件に適合する利用者の総数が20人以上であること。 (a) 当該通所介護事業所又は当該地域密着型通所介護事業所を連続して6月上利用していること。 (b) 上記の利用期間において、5時間以上の通所介護費の算定回数が5時間未満の通所介護費の算定回数を上回る者。	・左記利用者の総数が20人以上であることを計算した書類	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑧利用者の総数のうち、評価対象利用期間（※）の初月において、要介護状態区分が要介護3、要介護4及び要介護5である者の占める割合が100分の15以上であること。 ※複数の対象利用期間の初月がある場合は、最も早い月とする。以下「評価対象利用開始月」という。	・左記割合が100分の15以上であることを計算した書類	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑨利用者の総数のうち、評価対象利用開始月において、初回の要介護認定又は要支援認定があった月から起算して12月以内である者の占める割合が100分の15以下であること。	・左記割合が100分の15以下であることを計算した書類	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑩利用者の総数のうち、評価対象利用開始月と、当該月から起算して6月目において、機能訓練指導員がADLを評価し、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が提出されている者の占める割合が100分の90以上であること。	・左記割合が100分の90以上であることを計算した書類	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑪評価対象利用開始月から起算して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値を控除して得た値（以下「ADL利得」という。）が多い順に、上記(4)の提出者の総数の上位100分の85に相当する数（その数に1未満の端数が生じたときは、これを切り上げるものとする。）の利用者について、次の定める値を合計して得た値がゼロ以上であること。 (a) ADL利得がゼロより大きい利用者 1 (b) ADL利得がゼロの利用者 0 (c) ADL利得がゼロ未満の利用者 -1	・左記値が0以上であることを計算した書類	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	確認事項	確認書類等	点検結果		
			適	不適	該当なし
59	<p>別に厚生労働大臣が定める基準に適合するものとして市長に届け出た指定通所介護事業所において、日常生活に支障を来すおそれのある症状又は行動が認められることから介護を必要とする認知症の者に対して指定通所介護を行った場合は、1日につき60単位を加算していますか。</p> <p>ただし、No. 51の共生型居宅サービス減算を算定している場合は算定不可。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
指定基準に規定する看護職員又は介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以上確保していること。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
指定通所介護事業所における前年度又は算定日が属する月の前3月間の利用者の総数のうち、日常生活に支障を来すおそれのある症状又は行動が認められることから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又はMに該当する者)の占める割合が100分の20以上であること。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p><u>指定通所介護を行う時間帯を通じて、専ら当該指定通所介護の提供に当たる認知症介護の指導に係る専門的な研修、認知症介護に係る専門的な研修又は認知症介護に係る実践的な研修等(※)を修了した者を1名以上配置していること。</u></p> <p><u>(※)認知症介護指導者養成研修、認知症介護実践リーダー研修、認知症介護実践者研修、認知症看護に係る適切な研修</u></p>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60	<p>厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして市長に届け出た事業所において、若年性認知症利用者に対してサービス提供を行った場合には、1日につき60単位を加算していますか。</p> <p>※認知症加算を算定している場合は算定しません。</p>	・利用者に関する記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
受け入れた若年性認知症利用者ごとに個別の担当者を定めていること。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	確認事項	確認書類等	点検結果		
			適	不適	該当なし
61	<p>栄養アセスメント加算</p> <p>次に掲げるいずれの基準にも適合している者として市長に届け出た通所介護事業所において、利用者に対して、管理栄養士が介護職員等と共同して栄養アセスメントを行った場合は、栄養アセスメント加算として、1月につき50単位を加算していますか。</p> <p>※ただし、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栄養改善サービスが終了した日の属する月は、算定しません。</p> <p>※4原則として、当該利用者が栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間及び当該利用改善サービスが終了した日の属する月は、栄養アセスメント加算は算定しないが、栄養アセスメント加算に基づく栄養アセスメントの結果、栄養改善加算に係る栄養改善サービスの提供が必要と判断された場合は、栄養アセスメント加算の算定月でも栄養改善加算を算定できます。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>①事業所の従業者として又は外部（※）との連携により管理栄養士を1名以上配置していること。</p> <p>※「外部」とは次の事業所等が設置し、運営する「栄養ケア・ステーション」との連携をいいます。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・他の介護事業所（栄養アセスメント加算の対象事業所に限る）</li> <li>・医療機関</li> <li>・介護保険施設（栄養マネジメント強化加算の算定要件として規定する員数を超えて管理栄養士を置いているもの又は常勤の管理栄養士を1名以上配置しているものに限る）</li> <li>・公益社団法人日本栄養士会</li> <li>・都道府県栄養士会</li> </ul>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>②-1利用者ごとに、管理栄養士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して栄養アセスメントを実施しすること。</p>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>②-2利用者又はその家族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対応すること。</p>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>・栄養アセスメントについては、3月に1回以上、次のイからニまでに掲げる手順により行っていますか。</p>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>イ 利用者ごとの低栄養状態のリスクを、利用開始時に把握していますか。</p>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>ロ 管理栄養士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して、利用者ごとの摂食・嚥下機能及び職携帯にも配慮しつつ、解決すべき栄養管理上の課題に応じた栄養食事相談、情報提供等を行っていますか。</p>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>ハ イ及びロの結果を当該利用者又はその家族に対して説明し、必要に応じ解決すべき栄養管理上の課題に応じた栄養食事相談、情報提供等を行っていますか。</p>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>ニ 低栄養状態にある利用者又はそのおそれのある利用者については、介護支援専門員と情報共有を行い、栄養改善加算に係る栄養改善サービスの提供を検討するように依頼していますか。</p>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>・利用者の体重については、1月毎に測定していますか。</p>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>③利用者ごとの栄養状態等の情報を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こと。</p> <p>※厚生労働省への情報の提出については、「科学的介護情報システム（LIFE）」を用いて行うこととする。LIFEへの提出情報、提出頻度等については、「科学的介護情報システム（LIFE）関連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」を参照。</p> <p>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栄養管理の内容の決定（Plan）、当該決定に基づく支援の提供（Do）、当該支援内容の評価（Check）、その評価結果を踏まえた栄養管理の内容の見直し・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います。</p>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>④定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。</p>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	確認事項	確認書類等	点検結果		
			適	不適	該当なし
62 (通所介護及び地域密着型通所介護) 栄養改善加算	次に掲げるいずれの基準にも適合しているものとして届け出て、低栄養状態にある利用者又はそのおそれのある利用者に対して、当該利用者の低栄養状態の改善等を目的として、個別に実施される栄養食事相談等の栄養管理であって、利用者の心身の状態の維持又は向上に資すると認められるものを行った場合は、3月以内の期間に限り1月に2回を限度として、1回につき200単位を加算していますか。  ただし、栄養改善サービスの開始から3月ごとの利用者の栄養状態の評価の結果、低栄養状態が改善せず、栄養改善サービスを引続き行うことが必要と認められる利用者については、引き続き算定することができる。	・利用者に関する記録 ・職員勤務表 ・栄養ケア計画書 ・評価、モニタリング結果	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	当該事業所の従業者として又は外部（他の介護事業所（ <u>栄養改善加算の対象事業所に限る</u> ）、医療機関、介護保険施設（ <u>栄養マネジメント強化加算の算定要件として規定する員数を超えて管理栄養士を置いているもの又は常勤の管理栄養士を1名以上配置しているものに限る</u> ）又は <u>公益社団法人日本栄養士会若しくは都道府県栄養士会が設置し、運営する「栄養ケア・ステーション」</u> ）との連携により管理栄養士を1名以上配置していること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	利用者の栄養状態を利用開始時に把握し、管理栄養士等が共同して、利用者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮した栄養ケア計画を作成していること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	利用者ごとの栄養ケア計画に従い、 <u>必要に応じて当該利用者の居室を訪問し</u> 、管理栄養士等が栄養改善サービスを行っているとともに、利用者の栄養状態を定期的に記録していること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	利用者ごとの栄養ケア計画の進捗状況を定期的に評価すること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<u>定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。</u>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

■ 次のいずれの基準にも適合する場合		(栄養改善加算)	
基準		留意事項	
目的	低栄養状態の改善等	利用者ごとに行われるケアマネジメントの一環として行われることに留意すること	
実施形態	・栄養食事相談等の栄養管理 ・個別に実施されるもの ・利用者の心身の状態の維持又は向上に資すると認められるもの	(要支援者に対する場合) ・当該サービスを通じて要支援者ができるかぎり要介護にならず自立した日常生活を営むことができるよう支援すること。 ・概ね3月実施した時点で栄養状態の改善状況について評価を行い、その結果を介護予防支援事業者に報告するとともに、栄養状態に係る課題が解決され当該サービスを継続する必要性が認められない場合は、サービスを終了すること。	
回数	・3月以内の期間に限り1月に2回を限度（ <u>通所のみ</u> ） ※ただし、サービスの開始から3月ごとの利用者の評価の結果、改善せずサービスを引続き行うことが必要と認められる利用者については、引き続き算定することができる。	（予防）は1月につき所定の単位数を加算する	
配置人員	管理栄養士を1名以上		
計画作成	① 利用者の栄養状態を利用開始時に把握し、 ② 管理栄養士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して、利用者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮した栄養ケア計画を作成している	利用者ごとの低栄養状態のリスクを、利用開始時に把握すること	
		利用者又はその家族に説明し、その同意を得ること	
提供	管理栄養士等が利用者ごとの栄養ケア計画に従いサービスを実施	(予防)通所介護においては、栄養ケア計画に相当する内容を(予防)通所介護計画の中に記載する場合は、その記載をもって栄養ケア計画の作成に代えることができる	
	利用者の栄養状態を定期的に記録する	サービス実施にあたり各種計画に実施上の問題点があれば直ちに計画を修正する	
	利用者ごとの栄養ケア計画の進捗状況を定期的に評価する	通所介護サービスの提供記録に定期的に記録した場合は、この加算のための定期的な記録は必要ない。	

点検項目	確認事項	確認書類等	点検結果	
			適	不適 <small>該当なし</small>
<b>■ 次のいずれの基準にも適合する場合 (栄養改善加算)</b>				
	<b>基準</b>	<b>留意事項</b>		
<b>事業所基準</b>	利用者数及び人員基準において減算対象となっていないこと			
<b>該当利用者</b>		次のいずれかに該当する者であってサービス提供が必要と認められる者 ①BMIが18.5未満である ②1～6月間で3%以上の体重減少が認められる ③6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少がある ④血清アルブミン値が3.5g/dl以下である者 ⑤食事摂取量が不良(75%以下)である者 ⑥その他低栄養状態にある又はそのおそれがあると認められる者  ※次のものは上記①～⑥に該当するかどうか適宜確認すること ( )内数字は基本チェックリストのNo  ・口腔及び摂食・嚥下機能の問題 (13, 14, 15) ・生活機能の低下の問題 ・じょく瘡に関する問題 ・食欲の低下の問題 ・閉じこもりの問題(16, 17) ・認知症の問題(18, 19, 20) ・うつの問題(21～25)		
<b>情報提供</b>		概ね3月ごとに体重を測定する等により栄養状態の評価を行い、必要に応じて、介護支援専門員を通して主治医への情報提供、受診勧奨などの適切な措置を講じること		

点検項目	確認事項	確認書類等	点検結果		
			適	不適	該当なし
63 <u>(通所介護及び地域密着型通所介護)</u> <u>口腔・栄養スクリーニング加算</u>	<p>別に厚生労働大臣が定める基準に適合する指定通所介護事業所等の従業者が、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のスクリーニング又は栄養状態のスクリーニングを行った場合に、次に掲げる区分に応じ、1回につき次に掲げる単位数を所定単位数に加算していますか。 ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定せず、当該利用者について、当該事業所以外で既に口腔・栄養スクリーニング加算を算定している場合にあっては算定しません。</p> <p>なお、口腔・栄養スクリーニング加算に基づく口腔スクリーニング又は栄養スクリーニングの結果、栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービス又は口腔機能向上加算の算定に係る口腔機能向上サービスの提供が必要とされた場合は、口腔・栄養スクリーニング加算の算定月でも栄養改善加算又は口腔機能向上加算の算定可。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者に関する記録</li> <li>・職員勤務表</li> <li>・栄養状態に関する確認記録</li> <li>・介護支援専門員に情報提供を行った記録</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	イ 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ） 20単位		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ロ 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ） 5単位		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
イ 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ） ※右に掲げる基準のいずれにも適合すること	①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について確認を行い、当該利用者の口腔の健康状態に関する情報（当該利用者の口腔の健康状態が低下しているおそれのある場合にあっては、その改善に必要な情報を含む。）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こと。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	②利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の栄養状態について確認を行い、当該利用者の栄養状態に関する情報（当該利用者が低栄養状態の場合にあっては、低栄養状態の改善に必要な情報を含む。）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こと。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	③定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	④算定日が属する月が、次に掲げる基準のいずれにも該当しないこと。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	④-1 栄養アセスメント加算を算定している又は当該利用者が栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間である若しくは当該栄養改善サービスが終了した日の属する月であること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	④-2 当該利用者が口腔機能向上加算の算定に係る口腔機能向上サービスを受けている間である又は当該口腔機能向上サービスが終了した日の属する月であること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



点検項目	確認事項	確認書類等	点検結果		
			適	不適	該当なし
<p>□ 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ) ※右に掲げる基準のいずれかに適合すること</p>	①次に掲げる基準のいずれにも適合すること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	①-1 イ①及び③に掲げる基準に適合すること。				
	①-2 算定日が属する月が、栄養アセスメント加算を算定している又は当該利用者が栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間である若しくは当該栄養改善サービスが終了した日の属する月であること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	①-3 算定日が属する月が、当該利用者が口腔機能向上加算の算定に係る口腔機能向上サービスを受けている間及び当該口腔機能向上サービスが終了した日の属する月ではないこと。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	②次に掲げる基準のいずれにも適合すること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	②-1 イ②及び③に掲げる基準に適合すること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	②-2 算定日が属する月が、栄養アセスメント加算を算定していない。かつ、当該利用者が栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間又は当該栄養改善サービスが終了した日の属する月ではないこと。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
②-3 算定日が属する月が、当該利用者が口腔機能向上加算の算定に係る口腔機能向上サービスを受けている間及び当該口腔機能向上サービスが終了した日の属する月であること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
【口腔・栄養スクリーニング加算 留意事項】					
<p>利用開始時及び利用中6月ごとに利用者についてそれぞれ次の掲げる事項に関する栄養状態について確認を行い、確認した情報（低栄養状態の場合にあっては、低栄養状態の改善に必要な情報を含む。）を介護支援専門員に提供すること。</p> <p>イ 口腔スクリーニング  A 硬いものを避け、柔らかいものばかりを中心に食べる者  B 入れ歯を使っている者  C むせやすい者  □ 栄養スクリーニング  A BMIが18.5未満である者  B 1～6月間で3%以上の体重の減少が認められる者又は「地域支援事業の実施について」に規定する基本チェックリストのNo.11の項目が「1」に該当する者  C 血清アルブミン値が3.5g/dl以下である者  D 食事摂取量が不良（75%以下）である者</p>					
<p>口腔・栄養スクリーニング加算の算定を行う事業所については、サービス担当者会議で決定することとし、原則として、当該事業所が当該加算に基づく口腔スクリーニング又は栄養スクリーニングを継続的に実施していること。</p>		・サービス担当者会議録			

点検項目	確認事項	確認書類等	点検結果		
			適	不適	該当なし
64 (通所介護及び地域密着型通所介護) 口腔機能向上加算	<p>別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして市長に届け出て、口腔機能が低下している利用者又はそのおそれのある利用者に対して、当該利用者の口腔機能の向上を目的として、個別に実施される口腔清掃の指導若しくは実施又は摂食・嚥下機能に関する訓練の指導若しくは実施であって、利用者の心身の状態の維持又は向上に資すると認められるもの(以下、口腔機能向上サービスという。)を行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、3月以内の期間に限り1月に2回を限度として1回につき次に掲げる単位数を加算していますか。</p> <p>ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しません。また、口腔機能向上サービスの開始から3月ごとの利用者の口腔機能の評価の結果、口腔機能が向上せず、口腔機能向上サービスを引続き行うことが必要と認められる利用者については、引き続き算定することができる。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者に関する記録</li> <li>・職員勤務表</li> <li>・口腔機能改善管理指導計画書</li> <li>・評価、モニタリング結果</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	イ 口腔機能向上加算(Ⅰ) 150単位		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ロ 口腔機能向上加算(Ⅱ) 160単位		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
イ 口腔機能向上加算(Ⅰ) 右に掲げる基準のいずれにも適合すること	①言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員を1名以上配置していること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	②利用者の口腔機能を利用開始時に把握し、言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して、利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画を作成していること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	③利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画に従い言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員が口腔機能向上サービスを行っているとともに、利用者の口腔機能を定期的に記録していること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	④利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画の進捗状況を定期的に評価すること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑤定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ロ 口腔機能向上加算(Ⅱ) 右に掲げる基準のいずれにも適合すること	①イ①～⑤までに掲げるいずれにも適合すること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>②利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画等の情報を厚生労働省に提出し、口腔機能向上サービスの実施に当たって、当該情報その他口腔衛生の管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。</p> <p>※ 厚生労働省への情報の提出については、「科学的介護情報システム(LIFE)」を用いて行うこととする。LIFEへの提出情報、提出頻度等については、「科学的介護情報システム(LIFE)関連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」を参照すること。</p> <p>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口腔機能改善管理指導計画の作成(Plan)、当該計画に基づく支援の提供(Do)、当該支援内容の評価(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。提出された情報については、国民の健康の保持増進及びその有する能力の維持向上に資するため、適宜活用されるものである。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	確認事項	確認書類等	点検結果																					
			適	不適 <small>該当なし</small>																				
<b>■次のいずれの基準にも適合する場合 (口腔機能向上加算)</b>																								
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">基準</th> <th>留意事項</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>目的</td> <td>口腔機能の向上</td> <td>利用者ごとに行われるケアマネジメントの一環として行われることに留意すること</td> </tr> <tr> <td>実施形態</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>・口腔清掃の指導 (or 実施)</li> <li>・摂食・嚥下機能に関する訓練の指導 (or 実施)</li> <li>・個別的に実施されるもの</li> <li>・利用者の心身の状態の維持又は向上に資すると認められるもの</li> </ul> </td> <td>           (要支援者に対する場合)            ・当該サービスを通じて要支援者ができるかぎり要介護にならず自立した日常生活を営むことができるよう支援すること。            ・概ね3月実施した時点で栄養状態の改善状況について評価を行い、その結果を介護予防支援事業者に報告するとともに、栄養状態に係る課題が解決され当該サービスを継続する必要性が認められない場合は、サービスを終了すること。         </td> </tr> <tr> <td>回数</td> <td>           ・3月以内の期間に限り1月に2回を限度 (通所のみ)            ※ただし、サービスの開始から3月ごとの利用者の評価の結果、向上せず、サービスを引き続き行うことが必要と認められる利用者については、引き続き算定することができる。         </td> <td>(予防)は1月につき所定の単位数を加算する</td> </tr> <tr> <td>配置人員</td> <td>言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員を1名以上</td> <td></td> </tr> <tr> <td>計画作成</td> <td>           ① 利用者の口腔機能を利用開始時に把握し、            ② 言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して、利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画を作成している         </td> <td>           利用者又はその家族に説明し、その同意を得ること             (予防)通所介護においては、口腔機能改善管理指導計画に相当する内容を(予防)通所介護計画の中に記載する場合は、その記載をもって当該計画の作成に代えることができる             サービス実施にあたり各種計画に実施上の問題点があれば直ちに計画を修正する         </td> </tr> <tr> <td>提供</td> <td>           言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員が利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画に従いサービスを実施             利用者の口腔機能を定期的に記録する             利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画の進捗状況を定期的に評価する         </td> <td>           通所介護サービスの提供記録に定期的に記録した場合は、この加算のための定期的な記録は必要ない。         </td> </tr> </tbody> </table>		基準		留意事項	目的	口腔機能の向上	利用者ごとに行われるケアマネジメントの一環として行われることに留意すること	実施形態	<ul style="list-style-type: none"> <li>・口腔清掃の指導 (or 実施)</li> <li>・摂食・嚥下機能に関する訓練の指導 (or 実施)</li> <li>・個別的に実施されるもの</li> <li>・利用者の心身の状態の維持又は向上に資すると認められるもの</li> </ul>	(要支援者に対する場合) ・当該サービスを通じて要支援者ができるかぎり要介護にならず自立した日常生活を営むことができるよう支援すること。 ・概ね3月実施した時点で栄養状態の改善状況について評価を行い、その結果を介護予防支援事業者に報告するとともに、栄養状態に係る課題が解決され当該サービスを継続する必要性が認められない場合は、サービスを終了すること。	回数	・3月以内の期間に限り1月に2回を限度 (通所のみ) ※ただし、サービスの開始から3月ごとの利用者の評価の結果、向上せず、サービスを引き続き行うことが必要と認められる利用者については、引き続き算定することができる。	(予防)は1月につき所定の単位数を加算する	配置人員	言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員を1名以上		計画作成	① 利用者の口腔機能を利用開始時に把握し、 ② 言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して、利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画を作成している	利用者又はその家族に説明し、その同意を得ること  (予防)通所介護においては、口腔機能改善管理指導計画に相当する内容を(予防)通所介護計画の中に記載する場合は、その記載をもって当該計画の作成に代えることができる  サービス実施にあたり各種計画に実施上の問題点があれば直ちに計画を修正する	提供	言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員が利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画に従いサービスを実施  利用者の口腔機能を定期的に記録する  利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画の進捗状況を定期的に評価する	通所介護サービスの提供記録に定期的に記録した場合は、この加算のための定期的な記録は必要ない。		
基準		留意事項																						
目的	口腔機能の向上	利用者ごとに行われるケアマネジメントの一環として行われることに留意すること																						
実施形態	<ul style="list-style-type: none"> <li>・口腔清掃の指導 (or 実施)</li> <li>・摂食・嚥下機能に関する訓練の指導 (or 実施)</li> <li>・個別的に実施されるもの</li> <li>・利用者の心身の状態の維持又は向上に資すると認められるもの</li> </ul>	(要支援者に対する場合) ・当該サービスを通じて要支援者ができるかぎり要介護にならず自立した日常生活を営むことができるよう支援すること。 ・概ね3月実施した時点で栄養状態の改善状況について評価を行い、その結果を介護予防支援事業者に報告するとともに、栄養状態に係る課題が解決され当該サービスを継続する必要性が認められない場合は、サービスを終了すること。																						
回数	・3月以内の期間に限り1月に2回を限度 (通所のみ) ※ただし、サービスの開始から3月ごとの利用者の評価の結果、向上せず、サービスを引き続き行うことが必要と認められる利用者については、引き続き算定することができる。	(予防)は1月につき所定の単位数を加算する																						
配置人員	言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員を1名以上																							
計画作成	① 利用者の口腔機能を利用開始時に把握し、 ② 言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して、利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画を作成している	利用者又はその家族に説明し、その同意を得ること  (予防)通所介護においては、口腔機能改善管理指導計画に相当する内容を(予防)通所介護計画の中に記載する場合は、その記載をもって当該計画の作成に代えることができる  サービス実施にあたり各種計画に実施上の問題点があれば直ちに計画を修正する																						
提供	言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員が利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画に従いサービスを実施  利用者の口腔機能を定期的に記録する  利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画の進捗状況を定期的に評価する	通所介護サービスの提供記録に定期的に記録した場合は、この加算のための定期的な記録は必要ない。																						
<b>■次のいずれの基準にも適合する場合 (口腔機能向上加算)</b>																								
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">基準</th> <th>留意事項</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>事業所基準</td> <td>利用者数及び人員基準において減算対象となっていないこと</td> <td></td> </tr> <tr> <td>該当利用者</td> <td></td> <td>           次のいずれかに該当する者であってサービス提供が必要と認められる者             ① 認定調査票における嚥下、食事摂取、口腔清潔の3項目のいずれかの項目において「1」以外に該当する者             ② 基本チェックリスト(P. 57)13、14、15の3項目のうち、2項目以上が「1」に該当する者             ③ その他口腔機能の低下している者又はそのおそれのある者         </td> </tr> <tr> <td>情報提供</td> <td></td> <td>概ね3月ごとに口腔機能の状態の評価を行い、その結果を必要に応じて、介護支援専門員を通じて主治医又は主治の歯科医師への情報提供、受診勧奨などの適切な措置を講じること</td> </tr> <tr> <td>歯科医療を受診している場合で、加算できない場合</td> <td></td> <td>           ① 医療保険において歯科診療報酬点数表に掲げる摂食機能療法を算定している場合             ② 医療保険において歯科診療報酬点数表に掲げる摂食療法を算定していない場合であって、介護保険の口腔機能向上サービスとして「摂食・嚥下機能に関する訓練の指導若しくは実施」を行っていない場合         </td> </tr> </tbody> </table>		基準		留意事項	事業所基準	利用者数及び人員基準において減算対象となっていないこと		該当利用者		次のいずれかに該当する者であってサービス提供が必要と認められる者  ① 認定調査票における嚥下、食事摂取、口腔清潔の3項目のいずれかの項目において「1」以外に該当する者  ② 基本チェックリスト(P. 57)13、14、15の3項目のうち、2項目以上が「1」に該当する者  ③ その他口腔機能の低下している者又はそのおそれのある者	情報提供		概ね3月ごとに口腔機能の状態の評価を行い、その結果を必要に応じて、介護支援専門員を通じて主治医又は主治の歯科医師への情報提供、受診勧奨などの適切な措置を講じること	歯科医療を受診している場合で、加算できない場合		① 医療保険において歯科診療報酬点数表に掲げる摂食機能療法を算定している場合  ② 医療保険において歯科診療報酬点数表に掲げる摂食療法を算定していない場合であって、介護保険の口腔機能向上サービスとして「摂食・嚥下機能に関する訓練の指導若しくは実施」を行っていない場合								
基準		留意事項																						
事業所基準	利用者数及び人員基準において減算対象となっていないこと																							
該当利用者		次のいずれかに該当する者であってサービス提供が必要と認められる者  ① 認定調査票における嚥下、食事摂取、口腔清潔の3項目のいずれかの項目において「1」以外に該当する者  ② 基本チェックリスト(P. 57)13、14、15の3項目のうち、2項目以上が「1」に該当する者  ③ その他口腔機能の低下している者又はそのおそれのある者																						
情報提供		概ね3月ごとに口腔機能の状態の評価を行い、その結果を必要に応じて、介護支援専門員を通じて主治医又は主治の歯科医師への情報提供、受診勧奨などの適切な措置を講じること																						
歯科医療を受診している場合で、加算できない場合		① 医療保険において歯科診療報酬点数表に掲げる摂食機能療法を算定している場合  ② 医療保険において歯科診療報酬点数表に掲げる摂食療法を算定していない場合であって、介護保険の口腔機能向上サービスとして「摂食・嚥下機能に関する訓練の指導若しくは実施」を行っていない場合																						

点検項目	確認事項	確認書類等	点検結果		
			適	不適	該当なし
65	<p>科学的介護推進体制加算</p> <p>次に掲げるいずれの基準にも適合しているものとして市長に届け出た事業所が、利用者に対してサービスを行った場合は、科学的介護推進体制加算として、1月につき40単位を加算していますか。</p> <p>※原則として利用者全員を対象として、利用者ごとに上記イ及びロに掲げる要件を満たした場合に、当該事業所の利用者全員に対して算定できるものである。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>イ 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入所者の心身の状況等に係る基本的な情報を、厚生労働省に提出していること。</p> <p>※情報の提出については、「LIFE」を用いて行うこととする。LIFEへの提出情報、提出頻度等については、「科学的介護情報システム（LIFE）関連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」を参照すること。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>ロ 必要に応じて通所介護計画を見直すなど、サービスの提供に当たって、イに規定する情報その他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こと。</p> <p>※情報を厚生労働省に提出するだけでは、本加算の算定対象とはならない。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>PDCAサイクルにより質の高いサービスを実施する体制を構築するとともに、その更なる向上に努めるために、具体的には、次のような一連の取組を行っていますか。</p>				
	<p>(1) 利用者の心身の状況等に係る基本的な情報に基づき、適切なサービスを提供するためのサービス計画を作成していますか。（Plan）</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>(2) サービスの提供に当たっては、サービス計画に基づいて、利用者の自立支援や重度化防止に資する介護を実施していますか。（Do）</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>(3) LIFEへの提出情報及びフィードバック情報等も活用し、多職種が共同して、事業所の特定やサービス提供の在り方について検証を行っていますか。（Check）</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>(4) 検証結果に基づき、利用者のサービス計画を適切に見直し、事業所全体として、サービスの質の更なる向上に努めていますか。（Action）</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

点検項目		確認事項	確認書類等	点検結果		
				適	不適	該当なし
66	サービス種類相互の算定関係	利用者が短期入所生活介護、短期入所療養介護若しくは特定施設入居者生活介護又は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若しくは複合型サービスを受けている間は、通所介護費は算定していませんか。	<ul style="list-style-type: none"> <li>通所介護計画書</li> <li>介護給付管理表</li> <li>介護給付費請求書</li> <li>介護給付明細書</li> <li>サービス提供票・別表</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
67	(通所介護及び地域密着型通所介護) 同一建物の減算	<p>指定通所介護事業所と同一建物(※)に居住する者又は指定通所介護事業所と同一建物から当該指定通所介護事業所に通う者に対し、指定通所介護を行った場合、1日につき94単位を減算していますか。</p> <p>ただし、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であると認められる利用者に対して送迎を行った場合は、この限りではない。</p> <p>※ 当該事業所と構造上又は外形上一体的な建築物を指すものであり、具体的には、当該建物の1階部分に指定通所介護事業所がある場合や、当該建物と渡り廊下等で繋がっている場合が該当し、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該当しない。</p> <p>また、ここでいう同一建物については、当該建物の管理、運営法人と当該通所介護事業所の法人が異なる場合であっても該当する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>送迎記録</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>その他やむを得ず送迎が必要である利用者とは</p> <p>◎傷病等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、2人以上の従業者が、当該利用者の居住する場所と当該通所介護事業所との往復の移動を介助した場合に限られる。</p> <p>この場合、2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、その内容及び結果を通所介護計画に記録すること。また、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すること。</p>						
68	(通所介護及び地域密着型通所介護) 送迎を行わない場合の減算	<p>利用者に対して、その居宅と指定通所介護事業所との間の送迎を行わない場合は、片道につき47単位を減算していますか。</p> <p>※ 同一建物の減算の対象となっている場合には当該減算の対象とならない。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>通所介護計画書</li> <li>介護給付管理表</li> <li>介護給付費請求書</li> <li>介護給付明細書</li> <li>サービス提供票・別表</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	確認事項	確認書類等	点検結果		
			適	不適	該当なし
69 サービス提供体制強化加算	厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして市長に届け出た指定通所介護事業所が利用者に対しての単位の利用者に対しサービス提供を行った場合は、1回につき次の単位数を加算していますか。  ただし、次のいずれかの加算を算定している場合は、次に掲げるその他の加算は算定していませんか。	・職員に関する記録 ・常勤換算方法により算出した前年度(3月を除く)の平均の記録 ・職員勤務表 ・職員履歴書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(1) サービス提供体制強化加算(Ⅰ) 22単位 (2) サービス提供体制強化加算(Ⅱ) 18単位 (3) サービス提供体制強化加算(Ⅲ) 6単位				
イ サービス提供体制強化加算(Ⅰ) ※①及び②のいずれにも適合すること	①次のいずれかに適合すること				
	・事業所の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の70以上であること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	・事業所の介護職員の総数のうち、勤続年数10年以上の介護福祉士の占める割合が100分の25以上であること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ロ サービス提供体制強化加算(Ⅱ) ※③及び④のいずれにも適合すること	②定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	③当該指定通所介護事業所の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の50以上であること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ハ サービス提供体制強化加算(Ⅲ) ※⑤及び⑥のいずれかに適合すること	④定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑤次のいずれかに適合すること				
	・事業所の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の40以上であること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	・通所介護を利用者に直接提供する職員の総数の内、勤続年数7年以上の者の占める割合が100分の30以上であること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	④定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



点検項目	確認事項	確認書類等					点検結果		
							適	不適	該当なし
	サービス提供体制強化加算	I	II	III	IIIイ	IIIロ			
要件等									
(1)介護職員の総数のうち介護福祉士の占める割合が70%以上		○							
(2)介護職員の総数のうち介護福祉士の占める割合が50%以上			○						
(3)介護職員の総数のうち介護福祉士の占める割合が40%以上				○					
(4)介護職員の総数のうち勤続年数10年以上の介護福祉士の占める割合が25%以上		○							
(5)利用者に直接提供する職員の総数のうち勤続年数7年以上の者の占める割合が30%以上				○	○				
(6)利用者に直接提供する職員の総数のうち勤続年数3年以上の者の占める割合が30%以上						○			
(7)利用定員、人員基準において減算対象となっていない		○	○	○	○	○			
注1:表中○は、左記要件等のいずれにも適合していること。									
注2:(I)(II)(III)は指定通所介護事業所、地域密着型通所介護事業所 (III)イ(III)ロは指定療養通所介護事業所における要件。									
注3:いずれかの加算を算定している場合には、その他の加算は算定しないこと。									
留意事項	前年度の実績が6月以上の事業所	前年度の実績が6月に満たない事業所 (新規開設、再開事業所を含む)							
職員の割合算出について	常勤換算方法により算出した前年度(3月を除く。)の平均	届出日の属する月の前3月について、常勤換算方法により算出した平均 ※この場合、当該加算の届出は4月日以降で可能 ※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所定の割合を維持し、その割合を毎月記録するものとする。また、所定の割合を下回った場合については直ちに変更の届出を提出すること							
介護福祉士又は介護職員基礎研修課程修了者	各月の前月の末日時点で資格を取得している又は研修の課程を修了している者とする								
介護予防との関連	同一の事業所において介護予防通所介護を一体的に行っている場合においては、本加算の計算も一体的に行うこととする								
勤続年数	各月の前月の末日時点における勤続年数をいうものとする 当該事業所における勤務年数に加え、同一法人の経営する他の介護サービス事業所、病院、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勤務した年数を含めることができる								
サービスを利用者に直接提供する職員	生活相談員、看護職員、介護職員又は機能訓練指導員として勤務を行う職員								

点検項目	確認事項	確認書類等	点検結果		
			適	不適	該当なし
70 介護職員処遇改善加算	<p>介護職員の賃金の改善等を実施しているものとして西宮市長に届け出た事業所が、利用者に対し、指定通所介護を行った場合には、次に掲げる区分に従い、令和6年3月31日までの間（（4）及び（5）については、令和4年3月31日までの間）に次に掲げる単位数を所定単位数に加算していますか。</p>	<p>・介護職員処遇改善加算届出書等  ・キャリアパス要件を確認できる書類（任用等の要件を定めている等の資料、資質向上の研修の実施状況が分かる資料、賃金改善以外の処遇改善実績が分かる資料等）  ・労働保険料が納付されていることがわかる書類  ・賃金改善のルールを定めたことがわかる書類（就業規則・賃金規程等）  ・（4）（5）は令和3年3月31日において現に改正前の介護職員処遇改善加算に係る届出を行っている事業所で、改正後の介護職員処遇改善加算を届出を行っていない場合は、介護職員処遇改善加算（IV）及び介護職員処遇改善加算（V）の算定については、令和4年3月31日までの間は算定することができる。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>（1）介護職員処遇改善加算（I）  次の①、②、③、④、⑤に適合している場合  基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数の100分の59に相当する単位数</p> <p>（2）介護職員処遇改善加算（II）  次の①、②、③、⑤に適合している場合  基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数の100分の43に相当する単位数</p> <p>（3）介護職員処遇改善加算（III）  次の①及び⑤を適合し、かつ②又は③のいずれかに適合している場合  基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数の100分の23に相当する単位数</p> <p>（4）介護職員処遇改善加算（IV）  次の①に適合し、かつ②又は③又は⑥のいずれかに適合している場合  （3）により算定した単位数の100分の90に相当する単位数</p> <p>（5）介護職員処遇改善加算（V）  次の①に適合している場合  （3）により算定した単位数の100分の80に相当する単位数</p>		<p>算定している場合  その区分  （ ）</p>		
①	<p>介護職員の賃金（退職手当を除く。）の改善（以下「賃金改善」という。）に要する費用の見込額が、介護職員処遇改善加算の算定見込額を上回る賃金改善に関する計画を策定し、当該計画に基づき適切な措置を講じていること。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>当該事業所において、上記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の介護職員の処遇改善の計画等を記載した介護職員処遇改善計画書を作成し、全ての介護職員に周知し、西宮市長に届け出ていること。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>介護職員処遇改善加算の算定額に相当する賃金改善を実施すること。</p> <p>※ただし、経営の悪化等により事業の継続が困難な場合、当該事業の継続を図るために当該事業所の職員の賃金水準（本加算による賃金改善分を除く。）を見直すことはやむを得ないが、その内容について西宮市長に届け出ること。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>当該事業所において、事業年度ごとに介護職員の処遇改善に関する実績を西宮市長に報告すること。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>算定日が属する月の前12月間において、労働基準法（昭和22年法律第49号）、労働者災害補償保険法（昭和22年法律第50号）、最低賃金法（昭和34年法律第137号）、労働安全衛生法（昭和47年法律第57号）、雇用保険法（昭和49年法律第116号）その他の労働に関する法令に違反し、罰金以上の刑に処せられていないこと。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>労働保険料の納付が適正に行われていること。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	確認事項	確認書類等	点検結果		
			適	不適	該当なし
②	(1) 次に掲げる要件の全てに適合すること。 a 介護職員の任用の際における職責又は職務内容等の要件(介護職員の賃金に関するものを含む。)を定めていること。 b aの要件について書面をもって作成し、全ての介護職員に周知していること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③	(2) 次に掲げる要件の全てに適合すること。 A 介護職員の資質の向上の支援に関する計画を策定し、当該計画に係る研修の実施又は研修の機会を確保していること。 B Aについて、全ての介護職員に周知していること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
④	<u>(3) 次に掲げる要件の全てに適合すること。</u> <u>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こと。</u> <u>B A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こと。</u>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑤	<u>介護職員処遇改善計画書の届出に係る計画の期間中に実施する介護職員の処遇改善の内容(賃金改善に関するものを除く。)及び当該介護職員の処遇改善に要する費用の見込み額を全ての職員に周知していること。</u>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	確認事項	確認書類等	点検結果		
			適	不適	該当なし
71 介護職員等特定処遇改善加算	<p>介護職員の賃金の改善等を実施しているものとして西宮市長に届け出た事業所が、利用者に対し、指定通所介護を行った場合には、次に掲げる区分に従い、令和6年3月31日までの間に次に掲げる単位数を所定単位数に加算していますか。</p>	<p>・介護職員等特定処遇改善加算届出書等  ・キャリアパス要件を確認できる書類（任用等の要件を定めている等の資料、資質向上の研修の実施状況が分かる資料、賃金改善以外の処遇改善実績が分かる資料等）  ・職場環境等要件について、インターネット等によらず公表している場合、公表していることがわかる書類</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>(1) 介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）  次の①～⑧の基準のいずれにも適合している場合  基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数の1000分の12に相当する単位数</p> <p>(2) 介護職員等特定処遇改善加算（Ⅱ）  次の①及び⑥～⑧の基準のいずれにも適合している場合  基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数の1000分の10に相当する単位数</p>		<p>算定している場合  その区分  ( )</p>		
①	<p>(1) 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、賃金改善に要する費用の見込額が介護職員等特定処遇改善加算の算定見込額を上回る賃金改善に関する計画を策定し、当該計画に基づき適切な措置を講じていること。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<p>(一) 介護福祉士であって、経験及び技能を有する介護職員と認められる者(以下「経験・技能のある介護職員」という。)のうち1人は、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440万円以上であること。  ※ただし、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はこの限りでないこと。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<p>(二) 指定通所介護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、介護職員(経験・技能のある介護職員を除く。)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こと。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<p>(三) 介護職員(経験・技能のある介護職員を除く。)の賃金改善に要する費用の見込額の平均が、介護職員以外の職員の賃金改善に要する費用の見込額の平均の2倍以上であること。ただし、介護職員以外の職員の平均賃金額が介護職員(経験・技能のある介護職員を除く。)の平均賃金額を上回らない場合はその限りでないこと。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<p>(四) 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440万円を上回らないこと。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
②	<p>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の当該事業所の職員の処遇改善の計画等を記載した介護職員等特定処遇改善計画書を作成し、全ての職員に周知し、西宮市長に届け出ていること。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
③	<p>介護職員等特定処遇改善加算の算定額に相当する賃金改善を実施すること。  ※ただし、経営の悪化等により事業の継続が困難な場合、当該事業の継続を図るために当該事業所の職員の賃金水準(本加算による賃金改善分を除く。)を見直すことはやむを得ないが、その内容について西宮市長に届け出ること。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
④	<p>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西宮市長に報告すること。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
⑤	<p>通所介護費におけるサービス提供体制強化加算(Ⅰ)又は(Ⅱ)のいずれかを届け出ていること。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
⑥	<p>通所介護費における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こと。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
⑦	<p>②の届出に係る計画の期間中に実施する職員の処遇改善の内容(賃金改善に関するものを除く。以下この号において同じ。)及び当該職員の処遇改善に要する費用の見込額を全ての職員に周知していること。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
⑧	<p>⑦の処遇改善の内容等について、インターネットの利用その他の適切な方法により公表していること。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

点検項目	確認事項	確認書類等	点検結果		
			適	不適	該当なし
VI-2 介護給付費関係（予防専門型通所サービス）					
72 基本的事項	指定予防専門型通所サービスに要する費用の額は、平成29年西宮市指定予防専門型訪問サービス及び指定予防専門型通所サービスに要する費用の額の算定に関する基準要綱別表「指定予防専門型訪問サービス費及び指定予防専門型通所サービス費単位数表」により算定していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	指定予防専門型通所サービスに要する費用の額は、「厚生労働大臣が定める1単位の単価」に、別表に定める単位数を乗じて算定していますか。	・ 予防専門型通所サービス計画書 ・ 介護給付費請求書 ・ 介護給付費明細書 ・ サービス提供票・別表	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1単位の単価に単位数を乗じて得た額に1円未満の端数があるときは、端数金額を切り捨てて計算していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<u>次の区分に応じ、それぞれの所定単位数を算定していますか。</u> <u>①要支援1・事業対象者 1,672単位</u> <u>②要支援2 3,428単位</u>	・ 職員勤務表 ・ 利用者の数がわかる書類	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	人員基準に定める員数の看護職員及び介護職員が配置されていない状況で行われた通所介護については、所定単位数に100分の70を乗じて得た単位数を算定していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
73 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	平成21年厚生労働省告示第83号の二に定める地域に居住している利用者に対し、通常の事業の実施地域を越えて指定介護予防通所介護を行った場合は、1月につき所定単位数の100分の5に相当する単位数を加算していますか。	・ 運営規程 ・ 領収書控 ・ 車両運行日誌	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
74 サービス種類相互の算定関係	利用者が介護予防短期入所生活介護、介護予防短期入所療養介護若しくは介護予防特定施設入居者生活介護又は介護予防小規模多機能型居宅介護若しくは介護予防認知症対応型共同生活介護を受けている間は、予防専門型通所サービス費は算定していませんか。	・ 予防専門型通所サービス計画書 ・ 介護給付管理表 ・ 介護給付費請求書 ・ 介護給付明細書 ・ サービス提供票・別表	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
75 複数事業所利用の場合	利用者が一の指定予防専門型通所サービス事業所においてサービス提供を受けている間は、当該事業所以外の指定予防専門型通所サービス事業所がサービス提供を行った場合、報酬算定していませんか。	・ 予防専門型通所サービス計画書 ・ 介護給付管理表 ・ 介護給付費請求書 ・ 介護給付明細書 ・ サービス提供票・別表	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目		確認事項	確認書類等	点検結果		
				適	不適	該当なし
76	同一建物の減算	<p>指定予防専門型通所サービス事業所と同一建物に居住する者又は指定予防専門型通所サービス事業所と同一建物から当該指定介護予防通所介護事業所に通う者に対し、指定予防専門型通所サービスを行った場合には、1月につき次の単位を減算していますか。</p> <p>ただし、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であると認められる利用者に対して送迎を行った場合は、この限りではない。</p> <p>イ 要支援1・事業対象者 376単位            ロ 要支援2 752単位</p>	・送迎記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
77	生活機能向上グループ活動加算	<p>次に掲げるいずれの基準にも適合しているものとして市長に届け出て、利用者の生活機能の向上を目的として共通の課題を有する複数の利用者からなるグループに対して実施される日常生活上の支援のための活動を行った場合には、1月につき100単位加算していますか。</p> <p>ただし、この場合において、同月中に利用者に対し、運動器機能向上加算、栄養改善加算、口腔機能向上加算又は選択的サービス複数実施加算のいずれかを算定している場合は算定できない。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・予防専門型通所サービス計画書</li> <li>・利用者に関する記録</li> <li>・達成状況の記録</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>生活相談員、看護職員、介護職員、機能訓練指導員（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機能訓練指導員を配置した事業所で6月以上勤務し、機能訓練指導に従事した経験を有するはり師又はきゅう師を含む。）その他指定予防専門型通所サービス事業所の予防専門型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指定介護予防サービス基準第109条に掲げる予防専門型通所サービス計画を作成していること。</p>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>予防専門型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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>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。</p>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



点検項目	確認事項	確認書類等	点検結果		
			適	不適	該当なし
	<p>&lt;算定内容、算定要件の留意点&gt;            ※自立した日常生活を営むための共通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できる。            ※集団的に行われるレクリエーション等の機能訓練を実施したのみでは算定できない。</p>				
	<p>※算定要件①～③を満たすこと</p> <p>①生活機能向上グループ活動の準備            ・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。            ・1つのグループの人数は6人以下とする。</p>	<p>(活動項目の例)</p> <p><b>家事関連活動</b>            衣:洗濯機・アイロン・ミシン等の操作,衣服の手入れ等            食:献立づくり,買出し,調理家電や調理器具の操作,調理等            住:日曜大工,掃除道具の操作,ガーデニング等</p> <p><b>通信・記録関連活動</b>            ・機器操作(携帯電話,パソコン操作等),記録作成(家計簿,</p>			
	<p>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(介護職員,生活相談員,看護職員,機能訓練指導員その他の職種の者)が生活機能向上グループ活動サービスを行うに当たっては,次のアからエまでの手順により行うものとし,その手順により得られた結果は,介護予防通所介護計画に記録すること。</p> <p>ア 利用者が            ①要支援状態に至った理由と経緯            ②要支援状態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            ③要支援状態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            ④現在の居宅における家事遂行の状況と家庭内での役割内容            ⑤近隣との交流の状況等について把握すること。            把握に当たっては当該利用者から聞き取るほか,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こと。</p> <p>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こと。到達目標は概ね三月程度で達成可能な目標とし,さらに段階的に目標を達成するために概ね一月程度で達成可能な目標(短期目標)を設定すること。(介護予防サービス計画と整合性がとれた内容であること。)</p> <p>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こと。選定にあたっては,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こと。</p> <p>エ 生活機能向上グループ活動の            ①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とし,            ②実施頻度は1週間に一回以上行うこととし,            ③実施期間は概ね三月以内とする。            介護職員等は①から③について,当該利用者に説明し,同意を得ること。</p>				
	<p>③生活機能向上グループ活動の実施方法            ア 介護職員等は,あらかじめ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。            イ 生活機能向上グループ活動は,1のグループごとに,当該グループ活動の実施時間を通じて1人以上の介護職員等を配置することとし,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。            ウ 介護職員等は,当該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こと。            エ 利用者の短期目標に応じ,概ね1月毎に利用者の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い,必要に応じて,グループ活動に係る計画の修正を行う。            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)までの状況等を確認する。その結果,到達目標を達成している場合には,当該利用者に対するグループ活動を終了し,介護予防支援事業者に報告する。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,グループ活動の継続の必要性を当該利用者,介護予防支援事業者と検討する。その上で,サービスを継続する場合には,適切に実施方法及び実施内容等を見直すこと。</p>				

点検項目		確認事項	確認書類等	点検結果																										
				適	不適	該当なし																								
78	運動器機能向上加算	次のいずれにも適合しているものとして市長に届け出て、利用者の運動器の機能向上を目的として個別的に実施される機能訓練であって、利用者の心身の状態の維持又は向上に資すると認められるもの(以下「運動器機能向上サービス」という。)を行った場合は、1月につき225単位を加算していますか。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者に関する記録</li> <li>・運動機能向上計画書</li> <li>・評価、モニタリング結果</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
		専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士，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（以下「理学療法士等」という。）を1名以上配置していること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
		利用者の運動器の機能を利用開始時に把握し，理学療法士等，介護職員，生活相談員その他の職種の者が共同して，運動器機能向上計画を作成していること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
		利用者ごとの計画に従い，理学療法士等，経験のある介護職員その他の職種の者が運動器機能向上サービスを行っているとともに，利用者の運動器の機能を定期的に記録していること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
		利用者ごとの計画の進捗状況を定期的に評価していること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
		利用定員・人員基準に適合している事業所であること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
<table border="1"> <thead> <tr> <th>要件</th> <th>基準</th> <th>留意事項</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>目的</td> <td>運動器の機能向上</td> <td>当該サービスを通じて要支援者ができるかぎり要介護にならず自立した日常生活を営むことができるよう支援すること。</td> </tr> <tr> <td>実施形態</td> <td>個別的に実施される機能訓練</td> <td></td> </tr> <tr> <td>機能訓練指導員</td> <td>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</td> <td></td> </tr> <tr> <td>勤務形態</td> <td>専従</td> <td></td> </tr> <tr> <td>人数</td> <td>1人以上</td> <td></td> </tr> <tr> <td>利用開始時</td> <td>利用者の運動器の機能を把握する</td> <td>看護職員等の医療従事者によるサービス実施に当たってのリスク評価，体力測定等を実施 サービスの提供に際して考慮すべきリスク，利用者のニーズ及び運動器の機能状況を把握する</td> </tr> <tr> <td>計画の作成</td> <td>理学療法士等，介護職員，生活相談員その他の職種の者が共同して利用者ごとに作成する</td> <td>暫定的に，長期目標(概ね3月程度で達成可能な目標)，短期目標(概ね1月程度で達成可能な目標)を設定する ※介護予防サービス計画と整合が図れたものとする 実施する運動の種類，実施期間(概ね3月程度)，実施頻度，1回当たりの実施時間，実施形態等を記載する サービス提供による効果，リスク，緊急時の対応等と併せて利用者に説明し，同意を得る 介護予防通所介護計画の中に本サービス計画に相当する内容を記載する場合は，その記載をもって本サービス計画の作成に代えることができる 実施上の問題点があれば直ちに計画を修正すること</td> </tr> </tbody> </table>							要件	基準	留意事項	目的	運動器の機能向上	当該サービスを通じて要支援者ができるかぎり要介護にならず自立した日常生活を営むことができるよう支援すること。	実施形態	個別的に実施される機能訓練		機能訓練指導員	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		勤務形態	専従		人数	1人以上		利用開始時	利用者の運動器の機能を把握する	看護職員等の医療従事者によるサービス実施に当たってのリスク評価，体力測定等を実施 サービスの提供に際して考慮すべきリスク，利用者のニーズ及び運動器の機能状況を把握する	計画の作成	理学療法士等，介護職員，生活相談員その他の職種の者が共同して利用者ごとに作成する	暫定的に，長期目標(概ね3月程度で達成可能な目標)，短期目標(概ね1月程度で達成可能な目標)を設定する ※介護予防サービス計画と整合が図れたものとする 実施する運動の種類，実施期間(概ね3月程度)，実施頻度，1回当たりの実施時間，実施形態等を記載する サービス提供による効果，リスク，緊急時の対応等と併せて利用者に説明し，同意を得る 介護予防通所介護計画の中に本サービス計画に相当する内容を記載する場合は，その記載をもって本サービス計画の作成に代えることができる 実施上の問題点があれば直ちに計画を修正すること
要件	基準	留意事項																												
目的	運動器の機能向上	当該サービスを通じて要支援者ができるかぎり要介護にならず自立した日常生活を営むことができるよう支援すること。																												
実施形態	個別的に実施される機能訓練																													
機能訓練指導員	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																													
勤務形態	専従																													
人数	1人以上																													
利用開始時	利用者の運動器の機能を把握する	看護職員等の医療従事者によるサービス実施に当たってのリスク評価，体力測定等を実施 サービスの提供に際して考慮すべきリスク，利用者のニーズ及び運動器の機能状況を把握する																												
計画の作成	理学療法士等，介護職員，生活相談員その他の職種の者が共同して利用者ごとに作成する	暫定的に，長期目標(概ね3月程度で達成可能な目標)，短期目標(概ね1月程度で達成可能な目標)を設定する ※介護予防サービス計画と整合が図れたものとする 実施する運動の種類，実施期間(概ね3月程度)，実施頻度，1回当たりの実施時間，実施形態等を記載する サービス提供による効果，リスク，緊急時の対応等と併せて利用者に説明し，同意を得る 介護予防通所介護計画の中に本サービス計画に相当する内容を記載する場合は，その記載をもって本サービス計画の作成に代えることができる 実施上の問題点があれば直ちに計画を修正すること																												

点検項目	確認事項	確認書類等	点検結果																
			適	不適	該当なし														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>要件</th> <th>基準</th> <th>留意事項</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>実施</td> <td>利用者ごとの計画に基づき、理学療法士等、経験のある介護職員その他の職種の者が行う</td> <td>提供するサービスは、国内外の文献等において介護予防の観点からの有効性が確認されている等の適切なものとする</td> </tr> <tr> <td>記録評価等</td> <td>利用者ごとの運動器の機能及び計画の進捗状況を定期的に記録し評価する</td> <td>           介護予防通所介護のサービス提供記録において運動器の機能を定期的に記録する場合は、別に記録をする必要はない            概ね1月間毎に短期目標の達成度と客観的な運動器の機能状況についてモニタリングを行い、必要に応じて計画修正を行う            実施期間終了後、利用者毎に長期目標の達成度及び運動器の機能状況について事後アセスメントを実施する            事後アセスメントの結果を当該利用者に係る介護予防支援事業者に報告する         </td> </tr> <tr> <td>継続する場合</td> <td></td> <td>事後アセスメントを踏まえ、介護予防支援事業所における介護予防ケアマネジメントの結果、サービスの継続が必要であると判断される場合</td> </tr> <tr> <td>加算事業所基準</td> <td>利用定員、人員基準において減算対象となっていないこと</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	要件	基準	留意事項	実施	利用者ごとの計画に基づき、理学療法士等、経験のある介護職員その他の職種の者が行う	提供するサービスは、国内外の文献等において介護予防の観点からの有効性が確認されている等の適切なものとする	記録評価等	利用者ごとの運動器の機能及び計画の進捗状況を定期的に記録し評価する	介護予防通所介護のサービス提供記録において運動器の機能を定期的に記録する場合は、別に記録をする必要はない 概ね1月間毎に短期目標の達成度と客観的な運動器の機能状況についてモニタリングを行い、必要に応じて計画修正を行う 実施期間終了後、利用者毎に長期目標の達成度及び運動器の機能状況について事後アセスメントを実施する 事後アセスメントの結果を当該利用者に係る介護予防支援事業者に報告する	継続する場合		事後アセスメントを踏まえ、介護予防支援事業所における介護予防ケアマネジメントの結果、サービスの継続が必要であると判断される場合	加算事業所基準	利用定員、人員基準において減算対象となっていないこと				
要件	基準	留意事項																	
実施	利用者ごとの計画に基づき、理学療法士等、経験のある介護職員その他の職種の者が行う	提供するサービスは、国内外の文献等において介護予防の観点からの有効性が確認されている等の適切なものとする																	
記録評価等	利用者ごとの運動器の機能及び計画の進捗状況を定期的に記録し評価する	介護予防通所介護のサービス提供記録において運動器の機能を定期的に記録する場合は、別に記録をする必要はない 概ね1月間毎に短期目標の達成度と客観的な運動器の機能状況についてモニタリングを行い、必要に応じて計画修正を行う 実施期間終了後、利用者毎に長期目標の達成度及び運動器の機能状況について事後アセスメントを実施する 事後アセスメントの結果を当該利用者に係る介護予防支援事業者に報告する																	
継続する場合		事後アセスメントを踏まえ、介護予防支援事業所における介護予防ケアマネジメントの結果、サービスの継続が必要であると判断される場合																	
加算事業所基準	利用定員、人員基準において減算対象となっていないこと																		
79	<p><u>若年性認知症利用者受入加算</u></p> <p>受け入れた若年性認知症利用者ごとに個別の担当者を定めているものとして市長に届け出た指定予防専門型通所サービス事業所において、若年性認知症利用者に対して指定予防専門型通所サービスを行った場合は、若年性認知症利用者受入加算として、所定単位数を加算していますか。</p> <p>1月につき240単位</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
80	<p><u>栄養アセスメント加算</u></p> <p>次に掲げるいずれの基準にも適合しているものとして市長に届け出た指定予防専門型通所サービス事業所において、利用者に対して、管理栄養士が介護職員等と共同して栄養アセスメントを行った場合は、所定単位数を加算していますか。ただし、当該利用者が栄養改善加算又は選択的サービス複数実施加算の算定に係る栄養改善サービスを受ける間及び当該栄養改善サービスが終了した日の属する月は、算定しません。</p> <p>1月につき 50単位</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
	<u>当該事業所の従業者として又は外部との連携により管理栄養士を1名以上配置していること。</u>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
	<u>利用者ごとに、管理栄養士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者（管理栄養士等）が共同して栄養アセスメントを実施し、当該利用者又はその家族に対してその結果を説明し、相談等に必要に応じ対応すること。</u>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
	<u>利用者ごとの栄養状態等の情報を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こと。</u>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
	<u>定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。</u>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														

点検項目	確認事項	確認書類等	点検結果		
			適	不適	該当なし
81	<p>次に掲げるいずれの基準にも適合している者として市長に届け出た予防専門型通所サービス事業所において、利用者に対して、管理栄養士が介護職員等と共同して栄養アセスメントを行った場合は、栄養アセスメント加算として、1月につき50単位を加算していますか。</p> <p>※ただし、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栄養改善サービスが終了した日の属する月は、算定しません。</p> <p>※4原則として、当該利用者が栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間及び当該利用改善サービスが終了した日の属する月は、栄養アセスメント加算は算定しないが、栄養アセスメント加算に基づく栄養アセスメントの結果、栄養改善加算に係る栄養改善サービスの提供が必要と判断された場合は、栄養アセスメント加算の算定月でも栄養改善加算を算定できます。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>①事業所の従業者として又は外部（※）との連携により管理栄養士を1名以上配置していること。</p> <p>※「外部」とは次の事業所等が設置し、運営する「栄養ケア・ステーション」との連携をいいます。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・他の介護事業所（栄養アセスメント加算の対象事業所に限る）</li> <li>・医療機関</li> <li>・介護保険施設（栄養マネジメント強化加算の算定要件として規定する員数を超えて管理栄養士を置いているもの又は常勤の管理栄養士を1名以上配置しているものに限る）</li> <li>・公益社団法人日本栄養士会</li> <li>・都道府県栄養士会</li> </ul>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>②-1利用者ごとに、管理栄養士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して栄養アセスメントを実施しすること。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>②-2利用者又はその家族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対応すること。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>・栄養アセスメントについては、3月に1回以上、次のイからニまでに掲げる手順により行っていますか。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>イ 利用者ごとの低栄養状態のリスクを、利用開始時に把握していますか。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>ロ 管理栄養士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して、利用者ごとの摂食・嚥下機能及び職携帯にも配慮しつつ、解決すべき栄養管理上の課題に応じた栄養食事相談、情報提供等を行っていますか。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>ハ イ及びロの結果を当該利用者又はその家族に対して説明し、必要に応じ解決すべき栄養管理上の課題に応じた栄養食事相談、情報提供等を行っていますか。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>ニ 低栄養状態にある利用者又はそのおそれのある利用者については、介護支援専門員と情報共有を行い、栄養改善加算に係る栄養改善サービスの提供を検討するように依頼していますか。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>・利用者の体重については、1月毎に測定していますか。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>③利用者ごとの栄養状態等の情報を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こと。</p> <p>※厚生労働省への情報の提出については、「科学的介護情報システム（LIFE）」を用いて行うこととする。LIFEへの提出情報、提出頻度等については、「科学的介護情報システム（LIFE）関連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」を参照。</p> <p>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栄養管理の内容の決定（Plan）、当該決定に基づく支援の提供（Do）、当該支援内容の評価（Check）、その評価結果を踏まえた栄養管理の内容の見直し・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います。</p> <p>提出された情報については、国民の健康の保持増進及びその有する能力の維持向上に資するため、適宜活用されるものです。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>④厚生労働大臣が定める基準（利用定員、人員基準）に適合している事業所であること。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	確認事項	確認書類等	点検結果		
			適	不適	該当なし
82 (予防専門型 通所サービス) 口腔機能 向上加算	<p>別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして市長に届け出て、口腔機能が低下している利用者又はそのおそれのある利用者に対して、当該利用者の口腔機能の向上を目的として、個別に実施される口腔清掃の指導若しくは実施又は摂食・嚥下機能に関する訓練の指導若しくは実施であって、利用者の心身の状態の維持又は向上に資すると認められるもの(以下、口腔機能向上サービスという。)を行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、3月以内の期間に限り1月に2回を限度として1回につき次に掲げる単位数を加算していますか。</p> <p>ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しません。また、口腔機能向上サービスの開始から3月ごとの利用者の口腔機能の評価の結果、口腔機能が向上せず、口腔機能向上サービスを引続き行うことが必要と認められる利用者については、引き続き算定することができる。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者に関する記録</li> <li>・職員勤務表</li> <li>・口腔機能改善管理指導計画書</li> <li>・評価、モニタリング結果</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	イ 口腔機能向上加算（Ⅰ） 150単位		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ロ 口腔機能向上加算（Ⅱ） 160単位		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
イ 口腔機能向上加算（Ⅰ） 右に掲げる基準のいずれにも適合すること	①言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員を1名以上配置していること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	②利用者の口腔機能を利用開始時に把握し、言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して、利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画を作成していること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	③利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画に従い言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員が口腔機能向上サービスを行っているとともに、利用者の口腔機能を定期的に記録していること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	④利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画の進捗状況を定期的に評価すること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑤定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ロ 口腔機能向上加算（Ⅱ） 右に掲げる基準のいずれにも適合すること	①イ①～⑤までに掲げるいずれにも適合すること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>②利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画等の情報を厚生労働省に提出し、口腔機能向上サービスの実施に当たって、当該情報その他口腔衛生の管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。</p> <p>※ 厚生労働省への情報の提出については、「科学的介護情報システム（LIFE）」を用いて行うこととする。LIFEへの提出情報、提出頻度等については、「科学的介護情報システム（LIFE）関連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」を参照すること。</p> <p>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口腔機能改善管理指導計画の作成（Plan）、当該計画に基づく支援の提供（Do）、当該支援内容の評価（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。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



点検項目	確認事項	確認書類等	点検結果		
			適	不適	該当なし
83 選択的サービス複数実施加算	次に掲げる厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして、市長に届け出た指定予防専門型通所サービス事業所が利用者に対し、運動器機能向上サービス、栄養改善サービス又は口腔機能向上サービスのうち複数のサービスを実施した場合に、1月につき次に掲げる単位数を加算していますか。 ただし、この場合において、同月中に利用者に対し、運動器機能向上サービス、栄養改善サービス又は口腔機能向上サービスを算定している場合には、次に掲げる加算は算定しない。また、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。	・利用者に関する記録 ・選択的サービスの計画書 ・評価、モニタリング結果	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(1) 選択的サービス複数実施加算 (I) 480単位 次の①～③のいずれにも適合すること (2) 選択的サービス複数実施加算 (II) 700単位 次の②～④のいずれにも適合すること				
①	指定予防専門型通所サービス介護給付費単位数表の各サービスの掲げる基準に適合しているものとして都道府県に届け出て運動機能向上サービス、栄養改善サービス又は口腔機能向上サービスのうち、2種類のサービスを実施していること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
②	利用者が指定予防専門型通所サービスの提供を受けた日において、当該利用者に対し、選択的サービスを行っていること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③	利用者に対し、選択的サービスのうちいずれかのサービスを1月につき2回以上行っていること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
④	利用者に対し、選択的サービスのうち3種類のサービスを実施していること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
※ 実施する各選択的サービスの取扱いに従い適切に実施していること。 ※ いずれかの選択的サービスを週1回以上実施すること。 ※ 各選択的サービスを実施するに当たり、各専門的サービスを担当する専門の職種が相互に連携を図り、より効果的なサービスの提供方法について検討すること。					



点検項目	確認事項	確認書類等	点検結果		
			適	不適	該当なし
84 事業所評価加算	厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして市長に届け出た指定予防専門型通所サービス事業所において、評価対象期間（加算を算定する年度の前年の1月から12月までの期間（基準に適合しているものとして市長に届け出た年においては、届出の日から同年12月までの期間））の満了日の属する年度の次の年度内に限り1月につき120単位を加算していますか。	・利用者の数がわかる書類	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
①	利用定員・人員基準に適合しているものとして市長に届け出て、運動器機能向上サービス、栄養改善サービス又は口腔機能向上サービスを行っていること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
②	評価対象期間における事業所の利用実人員数が10名以上であること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③	評価対象期間における当該指定予防専門型通所サービス事業所又は当該介護予防通所リハビリテーション事業所の提供する選択的サービスの利用実人員数を当該指定予防専門型通所サービス事業所又は当該介護予防通所リハビリテーション事業所の利用実人員数で除して得た数が0.6以上であること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
④	（2）の規定により算定した数を（1）に規定する数で除して得た数が0.7以上であること （1）評価対象期間において、当該指定予防専門型通所サービス事業所又は当該介護予防通所リハビリテーション事業所の提供する選択的サービスを3月間以上利用し、かつ、当該サービスを利用した後、要支援更新認定等を受けた者の数 （2）選択的サービスを利用した後、評価対象期間に行われる要支援更新認定等において、当該要支援更新認定等の前の要支援状態区分と比較して、要支援状態区分に変更がなかった者の数に、要支援更新認定等の前の要支援状態区分が要支援2の者であって、要支援更新認定等により要支援1と判定された者又は要支援更新認定等の前の要支援状態区分が要支援1の者であって要支援更新認定等により非該当と判定された者の人数及び要支援更新認定等の前の要支援状態区分が要支援2の者であって、要支援更新認定等において非該当と判定された者の人数の合計数に2を乗じて得た数を加えたもの		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	確認事項	確認書類等	点検結果		
			適	不適	該当なし
85 サービス提供体制強化加算	別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして市長に届け出た指定予防専門型通所サービス事業所が、利用者に対しサービスを行った場合は、区分に従い、利用者の要支援状態区分に応じて1月につき次に掲げる所定単位数を加算していますか。  ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合は、次に掲げるその他の加算は算定しない。	・職員に関する記録 ・常勤換算方法により算出した前年度(3月を除く)の平均の記録 ・職員勤務表 ・職員履歴書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(1) サービス提供体制強化加算(Ⅰ) 要支援1・事業対象者 88単位 要支援2 176単位  (2) サービス提供体制強化加算(Ⅱ) 要支援1・事業対象者 72単位 要支援2 144単位 (3) サービス提供体制強化加算(Ⅲ) 要支援1・事業対象者 24単位 要支援2 48単位				
イ サービス提供体制強化加算(Ⅰ) ※①及び②のいずれにも適合すること	①次のいずれかに適合すること				
	・事業所の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の70以上であること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	・事業所の介護職員の総数のうち、勤続年数10年以上の介護福祉士の占める割合が100分の25以上であること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ロ サービス提供体制強化加算(Ⅱ) ※③及び④のいずれにも適合すること	②定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	③当該指定予防専門型通所サービス事業所の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の50以上であること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ハ サービス提供体制強化加算(Ⅲ) ※⑤及び⑥のいずれかに適合すること	④定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑤次のいずれかに適合すること				
	・事業所の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の40以上であること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	・予防専門型通所サービスを利用者に直接提供する職員の総数の内、勤続年数7年以上の者の占める割合が100分の30以上であること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	④定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	確認事項	確認書類等	点検結果		
			適	不適	該当なし
86 (予防専門型通所サービス)生活機能向上連携加算	別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして市長に届け出た指定予防専門型通所サービス事業所が、外部との連携により、利用者の身体状況等の評価を行い、かつ、個別機能訓練計画を作成した場合には、当該基準に掲げる区分に従い、 ※次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しません。				
	(1) 生活機能向上連携加算（Ⅰ） 100単位／月 次の①～③いずれにも適合していますか。  ※3月に1回を限度として算定（ただし、利用者の急性憎悪等により当該個別機能訓練計画を見直した場合を除く。） ※個別機能訓練加算を算定している場合は、算定できません。 ※個別機能訓練計画に基づき個別機能訓練を提供した初回の月に限り、算定されるものです。なお、下記①の助言に基づき個別機能訓練計画を見直した場合には、本加算を再度算定することは可能ですが、利用者の急性憎悪等により個別機能訓練計画を見直した場合を除いて、当該月の翌月及び翌々月は本加算を算定しません。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 生活機能向上連携加算（Ⅱ） 200単位／月 次の②～④いずれにも適合すること。  ※個別機能訓練加算を算定している場合は、100単位／月となります。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	① 指定介護予防訪問リハビリテーション事業所、指定介護予防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（以下「指定介護予防訪問リハビリテーション事業所等」という。）の理学療法士等の助言に基づき、通所介護事業所の機能訓練指導員等が共同して利用者の身体状況等の評価及び個別機能訓練計画（※）の作成を行っていますか。  ※個別機能訓練計画に相当する内容を通所介護計画の中に記載する場合は、その記載をもって個別機能訓練計画の作成に代えることができます。 ※個別機能訓練加算を算定している場合は、別に個別機能訓練計画を作成する必要はありません。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	・個別機能訓練計画の作成に当たっては、次のいずれかの方法により、指定介護予防訪問リハビリテーション事業所等の理学療法士等が、当該利用者のADL及びIADLに関する状況について把握しますか。 (1) 指定介護予防訪問リハビリテーション事業所等の場において把握する。 (2) 予防専門型通所サービス事業所の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する。 ※ICTを活用した動画やテレビ電話を用いる場合においては、理学療法士等がADL及びIADLに関する利用者の状況について適切に把握することができるよう、理学療法士等と機能訓練指導員等で事前に方法を調整すること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	・指定介護予防訪問リハビリテーション事業所等の理学療法士等は、当該利用者のADL及びIADLに関する状況について把握した上で、当該指定予防専門型通所サービス事業所の機能訓練指導員等に、【日常生活上の留意点】、【介護の工夫】等に関して助言を行っていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	・個別機能訓練計画には、次の事項が記載されていますか。 (1) 利用者ごとにその目標 (2) 実施時間 (3) 実施方法等の内容		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	・個別機能訓練計画の目標については、利用者又はその家族の意向及び当該利用者を担当する介護支援専門員の意見も踏まえ策定することとし、当該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していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	② 個別機能訓練計画に基づき、利用者の身体機能又は生活機能向上を目的とする機能訓練の項目を準備し、機能訓練指導員等が、利用者の心身の状況に応じた機能訓練を適切に提供していること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	確認事項	確認書類等	点検結果		
			適	不適	該当なし
	・機能訓練に関する記録に次の事項は記載されていますか。 (1) 実施時間 (2) 訓練内容 (3) 担当者等		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	・機能訓練に関する記録は、利用者ごとに保管され、常に事業所の機能訓練指導員等により閲覧が可能であるようにしていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	③の1 ①の評価に基づき、個別機能訓練計画の進捗状況等を3月ごとに1回以上評価していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	③の2 上記③の1の評価した上で、利用者又はその家族に対して機能訓練の内容と個別機能訓練計画の進捗状況等を説明(※)していますか。  ※利用者等に対する説明は、テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。なお、テレビ電話装置等での活用に当たっては、個人上布保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守すること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	・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していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	③の3 必要に応じて訓練内容の見直し等を行っていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	・理学療法士等から必要な助言を得た上で、必要に応じて当該利用者又はその家族の意向を確認の上、当該利用者の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っていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	④ 指定介護予防訪問リハビリテーション事業所等の理学療法士等の助言に基づき、予防専門型通所サービス事業所の機能訓練指導員等が、当該予防専門型通所サービス事業所を訪問し、当該事業所の機能訓練指導員等と共同して利用者の心身状況等の評価及び個別機能訓練計画(※)の作成を行っていますか。  ※個別機能訓練計画に相当する内容を通所介護計画の中に記載する場合は、その記載をもって個別機能訓練計画の作成に代えることができます。 ※個別機能訓練加算を算定している場合は、別に個別機能訓練計画を作成する必要はありません。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	指定介護予防訪問リハビリテーション事業所等の理学療法士等は、当該利用者のADL及びIADLに関する状況について把握した上で、当該指定予防専門型通所サービス事業所の機能訓練指導員等に、【日常生活上の留意点】、【介護の工夫】等に関して助言を行っていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	・個別機能訓練計画には、次の事項が記載されていますか。 (1) 利用者ごとにその目標 (2) 実施時間 (3) 実施方法等の内容		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	・個別機能訓練計画の目標については、利用者又はその家族の意向及び当該利用者を担当する介護支援専門員の意見も踏まえ策定することとし、当該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していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	確認事項	確認書類等	点検結果		
			適	不適	該当なし
87 (予防専門型 通所サービス) 口腔・栄養スクリーニング 加算	<p>別に厚生労働大臣が定める基準に適合する指定予防専門型通所サービス事業所等の従業者が、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のスクリーニング又は栄養状態のスクリーニングを行った場合に、次に掲げる区分に応じ、1回につき次に掲げる単位数を所定単位数に加算していますか。</p> <p>ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定せず、当該利用者について、当該事業所以外で既に口腔・栄養スクリーニング加算を算定している場合にあっては算定しません。</p> <p>ただし、口腔・栄養スクリーニング加算に基づく口腔スクリーニング又は栄養スクリーニングの結果、栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービス又は口腔機能向上加算の算定に係る口腔機能向上サービスの提供が必要とされた場合は、口腔・栄養スクリーニング加算の算定月でも栄養改善加算又は口腔機能向上加算の算定可。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者に関する記録</li> <li>・職員勤務表</li> <li>・栄養状態に関する確認記録</li> <li>・介護支援専門員に情報提供を行った記録</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	イ 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ） 20単位		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ロ 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ） 5単位		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
イ 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ） ※右に掲げる基準のいずれにも適合すること	①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について確認を行い、当該利用者の口腔の健康状態に関する情報（当該利用者の口腔の健康状態が低下しているおそれのある場合にあっては、その改善に必要な情報を含む）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こと。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	②利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の栄養状態について確認を行い、当該利用者の栄養状態に関する情報（当該利用者が低栄養状態の場合にあっては、低栄養状態の改善に必要な情報を含む）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こと。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	④定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	④算定日が属する月が、次に掲げる基準のいずれにも該当しないこと。				
	④-1 栄養アセスメント加算を算定している又は当該利用者が栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間であるもしくは当該栄養改善サービスが終了した日の属する月であること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	④-2 当該利用者が口腔機能向上加算の算定に係る口腔機能向上サービスを受けている間である又は当該口腔機能向上サービスが終了した日の属する月であること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	確認事項	確認書類等	点検結果		
			適	不適	該当なし
ロ 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ) ※右に掲げる基準のいずれかに適合すること	①次に掲げる基準のいずれにも適合すること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	①-1 イ①及び③に掲げる基準に適合すること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	①-2 算定日が属する月が、栄養アセスメント加算を算定している又は当該利用者が栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間であるもしくは当該栄養改善サービスが終了した日の属する月であること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	①-3 算定日が属する月が、当該利用者が口腔機能向上加算の算定に係る口腔機能向上サービスを受けている間及び当該口腔機能向上サービスが終了した日の属する月ではないこと。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	②次に掲げる基準のいずれにも適合すること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	②-1 イ②及び③に掲げる基準に適合すること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	②-2 算定日が属する月が、栄養アセスメント加算を算定していない、かつ、当該利用者が栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間又は当該栄養改善サービスが終了した日の属する月ではないこと。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	②-3 算定日が属する月が、当該利用者が口腔機能向上加算の算定に係る口腔機能向上サービスを受けている間及び当該口腔機能向上サービスが終了した日の属する月であること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
【口腔・栄養スクリーニング加算 留意事項】					
利用開始時及び利用中6月ごとに利用者についてそれぞれ次の掲げる事項に関する栄養状態について確認を行い、確認した情報(低栄養状態の場合にあっては、低栄養状態の改善に必要な情報を含む。)を介護支援専門員に提供すること。					
イ 口腔スクリーニング A 硬いものを避け、柔らかいものばかりを中心に食べる者 B 入れ歯を使っている者 C むせやすい者 ロ 栄養スクリーニング A BMIが18.5未満である者 B 1~6月間で3%以上の体重の減少が認められる者又は「地域支援事業の実施について」に規定する基本チェックリストのNo.11の項目が「1」に該当する者 C 血清アルブミン値が3.5g/dl以下である者 D 食事摂取量が不良(75%以下)である者					
口腔・栄養スクリーニング加算の算定を行う事業所については、サービス担当者会議で決定することとし、原則として、当該事業所が当該加算に基づく口腔スクリーニング又は栄養スクリーニングを継続的に実施していること。		・サービス担当者会議録			



点検項目	確認事項	確認書類等	点検結果		
			適	不適	該当なし
88	<p>科学的介護推進体制加算</p> <p>次に掲げるいずれの基準にも適合しているものとして市長に届け出た事業所が、利用者に対してサービスを行った場合は、科学的介護推進体制加算として、1月につき40単位を加算していますか。</p> <p>※原則として利用者全員を対象として、利用者ごとに上記イ及びロに掲げる要件を満たした場合に、当該事業所の利用者全員に対して算定できるものである。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>イ 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入所者の心身の状況等に係る基本的な情報を、厚生労働省に提出していること。</p> <p>※情報の提出については、「LIFE」を用いて行うこととする。LIFEへの提出情報、提出頻度等については、「科学的介護情報システム(LIFE)関連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」を参照すること。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>ロ 必要に応じて予防専門型通所サービス計画を見直すなど、サービスの提供に当たって、イに規定する情報その他予防専門型通所サービス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こと。</p> <p>※情報を厚生労働省に提出するだけでは、本加算の算定対象とはならない。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>PDCAサイクルにより質の高いサービスを実施する体制を構築するとともに、その更なる向上に努めるために、具体的には、次のような一連の取組を行っていますか。</p>				
	<p>(1) 利用者の心身の状況等に係る基本的な情報に基づき、適切なサービスを提供するためのサービス計画を作成していますか。(Plan)</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>(2) サービスの提供に当たっては、サービス計画に基づいて、利用者の自立支援や重度化防止に資する介護を実施していますか。(Do)</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>(3) LIFEへの提出情報及びフィードバック情報等も活用し、多職種が共同して、事業所の特定やサービス提供の在り方について検証を行っていますか。(Check)</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>(4) 検証結果に基づき、利用者のサービス計画を適切に見直し、事業所全体として、サービスの質の更なる向上に努めていますか。(Action)</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

点検項目	確認事項	確認書類等	点検結果		
			適	不適	該当なし
89 介護職員処遇改善加算	<p>介護職員の賃金の改善等を実施しているものとして西宮市長に届け出た事業所が、利用者に対し、指定予防専門型通所サービスを行った場合には、次に掲げる区分に従い、令和6年3月31日までの間（（4）及び（5）については、令和4年3月31日までの間）に次に掲げる単位数を所定単位数に加算していますか。</p> <p>◆要件等は、通所介護を参照</p> <p>※厚生労働大臣が定める基準（平成27年厚生労働省告示第95号）第130号の規定により準用する同告示第48号の基準を準用し（この場合において、同告示中「通所型サービス」とあるのは「指定予防専門型通所サービス」と読み替えるものとする。）、また内容は、別途通知（「介護職員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」）を準用する。</p> <p>なお、指定予防専門型通所サービス事業所において、介護職員処遇改善加算の対象となる介護職員は、介護予防・生活支援員（管理者又は訪問事業責任者を兼務している場合も含む。）とする。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
90 介護職員等特定処遇改善加算	<p>別に厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員等の賃金の改善等を実施しているものとして西宮市長に届け出た指定予防専門型通所サービス事業所が、利用者に対し、指定予防専門型通所サービスを行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、単位数を所定単位数に加算する。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合又は、生活援助従事者研修の修了者が身体介護に従事した場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。</p> <p>（1） 介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）アからオまでにより算定した単位数の1000分の12に相当する単位数</p> <p>（2） 介護職員等特定処遇改善加算（Ⅱ）アからオまでにより算定した単位数の1000分の10に相当する単位数</p> <p>◆要件等は、通所介護を参照</p> <p>※厚生労働大臣が定める基準（平成27年厚生労働省告示第95号）第131号の規定により準用する同告示第4号の2の基準を準用し（この場合において、同号中「通所介護費」とあるのは「予防専門型通所サービス費」と読み替えるものとする。）、また内容は、別途通知（「介護職員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」）を準用する。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>