

自己点検シート（単独型・併設型 認知症対応型通所介護 ・介護予防認知症対応型通所介護）

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。
 ○該当しない項目については未記入のままにしてください。
 ○「Ⅰ基本方針からⅤ変更の届出」までは、別に定める場合を除き、地域密着型サービス及び地域密着型介護予防サービス共通とします。その際、地域密着型介護予防サービスにおいては認知症対応型通所介護を介護予防認知症対応型通所介護に、要介護を要支援に、居宅サービス計画を介護予防サービス計画に、居宅介護支援事業者を介護予防支援事業者に、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	指定居宅サービス・指定地域密着型サービスの事業の一般原則	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。	<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。	・運営規程 ・重要事項説明書	<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"/>	
Ⅰ 基本方針						
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、利用者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持並びに利用者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"/>
	介護予防	利用者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことができるよう、必要な日常生活上の支援及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身機能の維持回復を図り、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
II 人員基準					
3 従業者の員数	<p>【生活相談員】</p> <p>提供日ごとに、サービスを提供している時間帯に生活相談員が勤務している時間数（*1）の合計数をサービス提供時間帯の時間数で除して得た数が1以上となっていますか。</p> <p>※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>*1 生活相談員の確保すべき勤務延時間数には、「サービス担当者会議や地域ケア会議に出席するための時間」、「利用者宅を訪問し、在宅生活の状況を確認した上で、利用者の家族も含めた相談・援助のための時間」、「地域の町内会、自治会、ボランティア団体等と連携し、利用者に必要な生活支援を担ってもらうなどの社会資源の発掘・活用のための時間」など、利用者の地域生活を支える取組のために必要な時間も含めることができる。 ただし、利用者の生活の向上を図るため適切な相談・援助等を行うことに支障がない範囲で認められる。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・勤務表 ・サービス記録 ・雇用契約書 ・資格の確認書類 ・就業規則 ・賃金台帳等 ・利用者数及び利用者の必要時間が分かる書類 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>【看護職員又は介護職員】</p> <p>単位毎に、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）又は介護職員（*）を1名以上配置していますか。</p> <p>※1 <u>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。</u></p> <p><u>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</u></p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>看護職員又は介護職員が勤務している時間数の合計数をサービス提供時間数（*）で除した数が1以上となっていますか。</p> <p>（*）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を利用者数で除して得た数）</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>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>		<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>機能訓練指導員は、必要な訓練を行う能力を有している者（※）が配置されていますか。</p> <p>※理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護師、准看護師、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師、はり師又はきゅう師（*）</p> <p>（*）はり師及びきゅう師については、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。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>利用定員は、12人以下ですか。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>生活相談員、看護職員又は介護職員のうち1名以上は常勤となっていますか。</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
4	管理者	管理者は常勤専従職員を配置していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		管理者が他の職務等を兼務している場合、業務に支障はないですか。 → 下記の事項について記載してください。 ・兼務の有無（有・無） ・当該事業所内で他職務と兼務している場合はその職務名 （ ） ・同一敷地等の他事業所と兼務している場合は事業所名、職務名、兼務事業所における1週間あたりの勤務時間数 事業所名：（ ） 職務名：（ ） 勤務時間：（ ）		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		次の研修を修了していますか。 認知症対応型サービス事業管理者研修（経過措置・みなし措置あり） →適の場合、修了した研修名を記載してください。 （ ）		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ⅲ 設備基準						
5	設備及び備品等	【食堂及び機能訓練室】 合計の床面積は、3平方メートルに利用定員を乗じた面積以上となっていますか。 ※支障がない場合は、食堂及び機能訓練室は同一の場所とすることができる。	・平面図 ・設備、備品台帳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		【相談室】 相談の内容が漏えいしないよう配慮したものとなっていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		消火設備その他の非常災害に際して必要な設備を備えていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		夜間及び深夜に当該事業所の利用者を宿泊させる等のサービスを提供する場合には、市町村へ届け出ていますか。	・宿泊サービスの事業の開始届等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ⅳ 運営基準						
6	内容及び手続きの説明及び同意	サービスの提供の開始に際し、あらかじめ、利用申込者又はその家族に対し、重要事項に関する規程の概要、従業者の勤務の体制その他の利用申込者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を記した文書を交付して説明を行い、当該提供の開始について利用申込者の同意を得ていますか。	・重要事項説明書 ・利用申込書（契約書等） ・同意に関する記録 ・提供するサービスの第三者評価の実施状況	<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の提供を拒んだことはありませんか。	・要介護度の分布が分かる資料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	サービス提供困難時の対応	自ら適切な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、適当な他事業者等の紹介など必要な措置を速やかに取っていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	受給資格等の確認	サービスの提供を求められた場合は、その者の提示する被保険者証によって、被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間を確かめていますか。	・利用者に関する記録	<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
10	要介護認定の申請に係る援助	要介護認定の更新の申請が、遅くとも当該利用者が受けている要介護認定の有効期間が終了する30日前にはなされるよう、必要な援助を行っていますか。	・利用者に関する記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	心身の状況等の把握	サービス担当者会議等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。	・サービス担当者会議の要点	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	居宅介護支援事業者等との連携	サービスを提供する場合又は提供の終了に際し、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密接な連携に努めていますか。	・情報提供に関する記録 ・指導、連絡等の記録	<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て、法定代理受領サービス（地域密着型介護予防サービス費の支給）について説明し、必要な援助を行っていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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。	・居宅サービス計画書 ・認知症対応型通所介護計画書	<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、必要な援助を行っていますか。	・認知症対応型通所介護計画書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	サービスの提供の記録	提供した具体的なサービスの内容等を記録していますか。	・サービス提供票、別表 ・業務日誌	<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"> ・サービス提供票、別表 ・領収書控 ・運営規程 ・重要事項説明書 ・車両運行日誌 ・説明文書 ・同意に関する記録 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		法定代理受領サービスである場合と、そうでない場合との間に不合理な差額を設けていませんか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		下記の費用の額に係るサービスの提供に当たっては、予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を行い、利用者の同意を得ていますか。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 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 ・ 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、通常のサービスに係る基準額を超える費用 ・ 食事の提供に要する費用 ・ おむつ代 ・ 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 		<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ではないサービスに係る利用料の支払いを受けた場合は、サービス提供証明書を利用者に交付していますか。	・サービス提供証明書控	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	指定認知症対応型通所介護の基本取扱方針	利用者の認知症の症状の進行の緩和に資するよう、目標を設定し、計画的に行われていますか。	・認知症対応型通所介護計画書 ・居宅サービス計画書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		自らその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"/>

点検項目		確認事項	確認書類等	点検結果		
				適	不適	該当なし
20	指定認知症対応型通所介護の具体的取扱方針	利用者が住み慣れた地域での生活を継続することができるよう、地域住民との交流や地域活動への参加を図りつつ、利用者の心身の状況を踏まえ、妥当適切に行っていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		利用者一人一人の人格を尊重し、利用者がそれぞれの役割を持って日常生活を送ることができるよう配慮して行っていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		サービスの提供に当たっては、認知症対応型通所介護計画に基づき、漫然かつ画一的にならないように、利用者の機能訓練及びその者が日常生活を営むことができるよう必要な援助を行っていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		サービスの提供に当たっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し、サービスの提供方法等について、理解しやすいように説明を行っていますか。		<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。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		常に利用者の心身の状況を的確に把握しつつ、相談援助等の生活指導、機能訓練その他必要なサービスを利用者の希望に沿って適切に提供していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	認知症対応型通所介護計画書の作成	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認知症対応型通所介護計画を作成していますか。	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症対応型通所介護計画書 ・居宅サービス計画書 ・利用者の記録 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		認知症対応型通所介護計画書は、管理者が作成していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		認知症対応型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。また、必要に応じて変更していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		認知症対応型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。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		認知症対応型通所介護計画書を利用者に交付していますか。		<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。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		居宅サービス計画を作成している居宅介護支援事業所から認知症対応型通所介護計画の提供の依頼があった際には協力していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	指定介護予防認知症対応型通所介護の具体的取扱方針	従業者は、介護予防認知症対応型通所介護計画に基づくサービスの提供の開始時から、当該計画に記載したサービスの提供を行う期間が終了するまでに、少なくとも1回は、モニタリングを行っていますか。また、管理者は、モニタリングの結果を記録し、それを介護予防サービス計画を作成した介護予防支援事業者に報告していますか。	<ul style="list-style-type: none"> ・モニタリングの記録 ・報告の記録 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	利用者に関する市町村への通知	利用者が、正当な理由なしに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思われるときは、その旨を市町村に通知していますか。	<ul style="list-style-type: none"> ・市町村に送付した通知に係る記録 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		利用者が、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は、その旨を市町村に通知していますか。		<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	緊急時等の対応	利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じていますか。	・連絡体制に関する書類	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	管理者の責務	管理者は、介護従業者の管理及び利用の申込みに係る調整、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行っていますか。	・組織図、組織規程 ・業務分担表 ・業務報告書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		介護従業者に必要な指揮命令を行っていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	運営規程	<p>指定認知症対応型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>※⑩については、<u>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>	・重要事項説明書			
27 ①	勤務体制の確保等①（勤務表、研修の機会等）	利用者に対し、適切な指定認知症対応型通所介護を提供できるよう、従業者の勤務の体制を定めていますか。	・就業規則 ・運営規程 ・雇用契約書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		事業所の従業者によってサービスを提供していますか。ただし、利用者の処遇に直接影響を及ぼさない業務は、この限りではありません。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		介護従業者の資質の向上のために、その研修の機会を確保していますか。 <u>その際、事業者は、全ての認知症対応型通所介護従業者（※）に対し、認知症介護に係る基礎的な研修を受講させるために必要な措置を講じていますか。</u>	・研修計画 ・研修に係る資料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<u>適切なサービス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認知症対応型通所介護従業者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>		<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
27 ② 勤務体制の 確保等② (ハラスメント)	<p>適切な認知症対応型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。</p>				
	<p>①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)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> <u>(2)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></p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>②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。</p>	<p>・ハラスメントに関する方針 ・従業者に周知・啓発していることがわかる資料</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<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 ・従業者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） <u>(1)介護現場におけるハラスメント対策マニュアル</u> <u>(2)（管理職・職員向け）研修のための手引き</u></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。 <u>(1)相談に応じ、適切に対応するために必要な体制の整備</u> <u>(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）</u> <u>(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）</u></p>	<p>・各取組がわかる資料</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
28	<p>感染症や非常災害の発生時において、利用者に対するサービス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>	・業務継続計画	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>業務継続計画の策定等【令和6年3月31日まで経過措置あり】</p> <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>	・研修及び訓練の記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<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>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	<p>定員の遵守</p> <p>利用定員を超えてサービスの提供を行っていませんか。ただし、災害その他やむを得ない事情がある場合は、この限りではありません。</p>	・利用者名簿 ・運営規程	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30	<p>非常災害対策</p> <p>非常災害に関する具体的計画を立て、関係機関との連携体制等の整備を行っていますか。また非常災害に備えるため、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>	・消防計画 ・避難訓練等の実施記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>上記に規定する訓練の実施に当たって、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"/>
31 ①	<p>衛生管理等</p> <p>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。</p>	・水質検査等の記録 ・受水槽、浴槽等の清掃記録 ・衛生管理マニュアル	<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
31 ② 衛生管理等	<p>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】</p> <p>※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。</p>	・感染症対策マニュアル等	<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。	・委員会開催の記録	<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。	・指針	<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。	・研修及び訓練の記録	<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。	・研修等参加記録 ・指導等に関する記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32 掲示	<p>事業所の見やすい場所に、運営規程の概要、従業員の勤務の体制その他の利用申込者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を掲示していますか。</p> <p>なお、上記に規定する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。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33 秘密保持等	従業員は、正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らしていませんか。	・従業員との取り決め ・利用者又は家族の同意書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	従業員であった者が、正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らすことがないように、必要な措置を講じていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いる場合は利用者の同意を、利用者の家族の個人情報を用いる場合は当該家族の同意を、あらかじめ文書により得ていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34 広告	広告をする場合においては、その内容が虚偽又は誇大なものとなっていませんか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35 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員に対し、利用者に特定の事業者によるサービスを利用させることの対償として、金品その他の財産上の利益を供与していませんか。		<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
36	苦情処理	提供したサービスに係る利用者及びその家族からの苦情に迅速かつ適切に対応するために、苦情を受け付けるための窓口を設置する等の必要な措置を講じていますか。	<ul style="list-style-type: none"> ・運営規程 ・苦情に関する記録 ・苦情対応マニュアル ・苦情に対する対応結果記録 ・指導等に関する改善記録 ・市町村への報告記録 ・国保連からの指導に対する改善記録 ・国保連への報告書 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		苦情を受け付けた場合には、当該苦情の内容等を記録していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		苦情がサービスの質の向上を図る上での重要な情報であるとの認識に立ち、苦情の内容を踏まえ、サービスの質の向上に向けた取組を自ら行っていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		提供したサービスに関し、市町村が行う文書その他の物件の提出等に応じ、及び市町村が行う調査に協力するとともに、市町村から指導又は助言を受けた場合においては、当該指導又は助言に従って必要な改善を行っていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		市町村からの求めがあった場合には、改善内容を市町村に報告していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		提供したサービスに係る利用者からの苦情に関して国民健康保険団体連合会が行う調査に協力するとともに、国民健康保険団体連合会からの指導又は助言を受けた場合においては、当該指導又は助言に従って必要な改善を行っていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		国民健康保険団体連合会からの求めがあった場合には、改善内容を国民健康保険団体連合会に報告していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37	地域との連携等	事業の運営に当たっては、地域住民又はその自発的な活動等との連携及び協力を行う等の地域との交流を図っていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		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。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		事業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提供する場合には、当該建物に居住する利用者以外の者に対しても、正当な理由がある場合を除き、サービス提供を行うよう努めていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38	運営推進会議の実施等	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。 ※テレビ電話装置等の活用可。ただし、利用者等が参加する場合は、テレビ電話装置等の活用についての同意が必要。	<ul style="list-style-type: none"> ・運営推進会議議事録 ・同意書(テレビ電話等を活用する場合) 	<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"/>
		運営推進会議を開催した場合、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
39 事故発生時の対応	<p>利用者に対するサービスの提供により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、事故の状況及び事故に際して採った処置について記録していますか。（過去に事故が発生していない場合、発生したときに備えて、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への連絡や、必要な措置、事故の状況・処置について記録をする体制を整えていますか。）</p> <p>→事件事例の有無： 有 ・ 無</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・事故対応マニュアル ・事故に関する記録 ・事故発生報告書 ・損害賠償関係書類 ・再発防止検討記録 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>利用者に対するサービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行っていますか。（賠償すべき事故が発生したことがない場合、損害賠償を速やかに行える体制を整えていますか。）</p> <p>→損害賠償保険への加入： 有 ・ 無</p>		<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。（過去に事故が生じていない場合、事故に備えて対策を講じていますか。）</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>夜間及び深夜に当該事業所の利用者を宿泊させる等のサービスにおいて事故が発生した場合にも、同様の対応を行っていますか。</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
40 ① 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>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<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 <u>(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</u> <u>(2) 虐待の防止のための指針の整備に関すること</u> <u>(3) 虐待の防止のための職員研修の内容に関すること</u> <u>(4) 虐待等について、従業員が相談・報告できる体制整備に関すること</u> <u>(5) 従業員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</u> <u>(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</u> <u>(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</u></p>	<p>・委員会開催の記録 ・従業員に周知していることがわかる書類</p>	<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 <u>(1) 事業所における虐待の防止に関する基本的な考え方</u> <u>(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</u> <u>(3) 虐待の防止のための職員研修に関する基本方針</u> <u>(4) 虐待等が発生した場合の対応方法に関する基本方針</u> <u>(5) 虐待等が発生した場合の相談・報告体制に関する事項</u> <u>(6) 成年後見制度の利用支援に関する事項</u> <u>(7) 虐待等に係る苦情解決方法に関する事項</u> <u>(8) 利用者等に対する当該指針の閲覧に関する事項</u> <u>(9) その他虐待の防止の推進のために必要な事項</u></p>	<p>・指針</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
40 ②	虐待の防止 【令和6年3月31日まで経過措置あり】	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。 ※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。 ※研修の実施内容についても記録すること。	・研修の記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		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。	・担当者の配置がわかる書類	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41	会計の区分	他の事業と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。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		利用者に対するサービスの提供に関する次に掲げる記録を整備し、その完結の日から2年間保存していますか。 ・認知症対応型通所介護計画 ・提供した具体的なサービスの内容等の記録 ・利用者に関する市町村への通知に係る記録 ・苦情の内容等の記録 ・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 ※完結の日…個々の利用者につき、契約の終了により一連のサービス提供が終了した日	・認知症対応型通所介護計画書 ・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"/>
43	電磁的記録等	(電磁的記録について) (1)作成、保存その他これらに類する者ものうち、西宮市条例の規定において書面で行うことが規定されている又は規程されるものについては、書面に代えて、当該書面に係る、電磁的記録により行うことができます。				
		(2)交付、説明、同意、承諾その他これらに類するものうち、西宮市条例の規定において書面で行うことが規定されている又は規程されるものについては、当該交付等の相手方の承諾を得て、書面に代えて、電磁的方法によることができます。				
V 変更の届出等						
44	変更の届出等	事業者は、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、又は当該認知症対応型通所介護事業を廃止し、休止し、若しくは再開したときは、厚生労働省令で定めるところにより、10日以内に、その旨を本市に届け出ますか。 ・事業所の名称及び所在地 ・申請者の名称及び主たる事務所の所在地並びにその代表者の氏名、生年月日、住所及び職名 ・申請者の登記事項証明書又は条例等 ・事業所の平面図及び設備の概要 ・事業所の管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴 ・運営規程	・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
VI-1 介護給付費関係						
45	基本的事項	指定認知症対応型通所介護に要する費用の額は、平成18年厚生労働省第126号の別表「指定地域密着型サービス介護給付費単位数表」により算定していますか。	・認知症対応型通所介護計画書 ・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"/>
		指定認知症対応型通所介護に要する費用の額は、平成27年厚生労働省告示第93号の「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。		<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"/>
46	所要時間による区分の取扱い	所要時間の算定は、「認知症対応型通所介護費（Ⅰ）」及び「認知症対応型通所介護費（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、認知症対応型通所介護計画に位置付けられた内容の認知症対応型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。 ※送迎に要する時間は原則含まない。	・所要時間が分かる記録 ・届出書控	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47	人員基準を満たさない状況で提供された認知症対応型通所介護	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認知症対応型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。	・利用者の数が分かる書類 ・職員勤務表	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <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）⇒ $\frac{\text{サービス提供日に配置された延べ人数}}{\text{サービス提供日数}} < 0.9$ </p> <p>○介護職員（算定式）⇒ $\frac{\text{当該月に配置された職員の勤務延時間数}}{\text{当該月に配置すべき職員の勤務延時間数}} < 0.9$ </p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> <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）⇒ $0.9 \leq \frac{\text{サービス提供日に配置された延べ人数}}{\text{サービス提供日数}} < 1$ </p> <p>○介護職員（算定式）⇒</p> </div>					
48	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 style="color: red;">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 style="color: red;">(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 style="color: red;">※「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>	・前年度との比較資料等算定根拠 ・（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	<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
49	施設基準による取扱い	施設基準は、次の要件を満たしていますか。 ①認知症対応型通所介護費（Ⅰ）（ⅰ）の施設基準 単独型指定認知症対応型通所介護を行う事業所であること。	・職員勤務表 ・算定区分確認表	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		②認知症対応型通所介護費（Ⅰ）（ⅱ）の施設基準 併設型指定認知症対応型通所介護を行う事業所であること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		③認知症対応型通所介護費（Ⅱ）の施設基準 共用型指定認知症対応型通所介護を行う事業所であること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50	短時間の場合の取扱い	別に※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2時間以上3時間未満の指定認知症対応型通所介護を行う場合は、所要時間4時間以上5時間未満の所定単位数の100分の63に相当する単位数を算定していますか。 ※厚生労働大臣が定める基準 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	・認知症対応型通所介護計画書 ・利用者に関する記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51	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	<u>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。</u>	・前年度との比較資料等算定根拠 ・(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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<u>(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。</u> <u>※利用者数の減少に対応するための経営改善に時間を有することその他の特別の事情があると認められる場合は、当該加算の期間が終了した月の翌月から3月以内に限り、引き続き加算することができます。</u> <u>※「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)</u>				
52	9時間以上の場合に係る加算	日常生活上の世話をを行った後に引続き所要時間8時間以上9時間未満のサービス提供を行った場合又は所要時間8時間以上9時間未満のサービス提供を行った後に引続き日常生活上の世話をを行った場合で、当該指定認知症対応型通所介護の所要時間と当該指定認知症対応型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以下の区分のとおり加算していますか。 イ 9時間以上10時間未満 50単位 ロ 10時間以上11時間未満 100単位 ハ 11時間以上12時間未満 150単位 ニ 12時間以上13時間未満 200単位 ホ 13時間以上14時間未満 250単位	・認知症対応型通所介護計画書 ・利用者に関する記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53	中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	<u>厚生労働大臣が定める地域に居住している利用者に対して、通常の事業の実施地域を超えてサービスを行った場合は、1日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。</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												
54 入浴介助加算	利用者等告示に適合しているものとして市町村長に届け出て入浴介助を行った場合は、1日につき <u>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は、次に掲げるその他の加算は算定しません。</u>	・入浴介助に関する記録	<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>		・医師等による評価や助言の記録	<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に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>		・訪問した医師等の助言の記録	<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態、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) 通所介護計画上、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) 通所介護計画上、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) 通所介護計画上、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	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認知症対応型通所介護事業所が、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。また、個別機能訓練加算を算定している場合、(1)は算定せず、(2)は1月につき100単位を所定単位数に加算する。	・個別機能訓練計画書 ・評価、モニタリング結果 ・職員勤務表 ・利用者に関する記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(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。				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
※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。						
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、認知症対応型通所介護事業所の機能訓練指導員等が共同して利用者の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。				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
※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。						
・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) 認知症対応型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、当該指定認知症対応型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"/>

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>・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。</p> <p>(1) 実施時間</p> <p>(2) 訓練内容</p> <p>(3) 担当者等</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>・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。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>③の1 ①又は④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。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>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。</p> <p>※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あたっては、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。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>・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。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>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。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>・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。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>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が認知症対応型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。</p> <p>※理学療法士等は、機能訓練指導員等に対し、日常生活上の留意点、介護の工夫等に関する助言を行うこと。</p> <p>※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。</p> <p>※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。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>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、当該指定認知症対応型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。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>・個別機能訓練計画には、次の事項が記載されていますか。</p> <p>(1) 利用者ごとにその目標</p> <p>(2) 実施時間</p> <p>(3) 実施方法等の内容</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>・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。</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
56	個別機能訓練加算	次に掲げるいずれの基準にも適合しているものとして市町村長に届け出た指定認知症対応型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、 <u>個別機能訓練加算（Ⅰ）として、1日につき27単位を所定単位数に加算していますか。</u> <u>また、個別機能訓練加算（Ⅰ）を算定している場合であって、かつ、個別機能訓練計画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措置を活用した場合は、個別機能訓練加算（Ⅱ）として、1月につき20単位を所定単位数に加算していますか。</u>	・個別機能訓練計画書 ・評価、モニタリング結果 ・職員勤務表 ・利用者に関する記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
個別機能訓練加算要件 ※いずれの基準にも適合すること		理学療法士等が個別機能訓練計画に基づき、計画的に行うこと。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1日120分以上、専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等を1名以上配置していること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		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、利用者毎にその目標、実施方法等を内容とする個別機能訓練計画を作成し、これに基づいて行った個別機能訓練の効果、実施方法等について評価等を行っていること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		個別機能訓練の開始時及びその3か月後に1回以上利用者に対して個別機能訓練計画の内容を説明し、記録すること。 <u>利用者に対する説明は、テレビ電話装置等の活用可。ただし、その場合は利用者の同意が必要。</u>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		個別機能訓練を行う場合は、利用者ごとに保管され、常に個別機能訓練の従事者により閲覧が出来るようにすること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57	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、 <u>利用者に対して指定認知症対応型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。</u> 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。 <u>（1）ADL維持等加算（Ⅰ） 30単位/月</u> <u>次の①～③のいずれにも適合していますか。</u> <u>（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。）</u> <u>（2）ADL維持等加算（Ⅱ） 60単位/月</u> <u>次の②～④のいずれにも適合していますか。</u> <u>（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。）</u>		<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。				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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。				<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>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。</p>	<p>・左記値が1以上であることを計算した書類</p>																					
	<p>※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。</p> <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <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> </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		□	□	□
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																					
	<p>※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ときは、切り捨てる）を除く利用者（評価対象利用者）とする。</p> <p>※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を含めるものとする。</p>																						
	<p>④評価対象者のADL利得の平均値が2以上であること。</p>	<p>・左記値が2以上であることを計算した書類</p>	□	□	□																		
	<p>※6 上記※3, ※4, ※5と同じ</p>																						
	<p>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。</p>	<p>・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</p>	□	□	□																		
	<p>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。</p>	<p>・ADL利得に係る基準を満たすことが分かる記録</p>	□	□	□																		
	<p>※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。</p> <p>a 令和2年4月から令和3年3月までの期間</p> <p>b 令和2年1月から令和2年12月までの期間</p>																						
	<p>※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。</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	若年性認知症利用者受入加算	<p>基準告示に適合しているものとして市町村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>※基準告示 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。</p>	・利用者に関する記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59	栄養アセスメント加算	<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認知症対応型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」とは次の事業所等をいう。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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） ・医療機関 ・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） ・公益社団法人日本栄養士会又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」 				<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・嚥下機能及び食形態にも配慮しつつ、解決すべき栄養管理上の課題の把握を行っていますか。</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"/>

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。					
	※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。 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。		<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"/>	
60	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市町村長に届け出て、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、栄養改善サービスを行った場合は、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。	・栄養ケア計画書 ・評価、モニタリング結果 ・職員勤務表 ・利用者に関する記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
栄養改善加算要件 ※いずれの基準にも適合すること	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、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こと。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	利用者ごとに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していること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	利用者の栄養状態に応じて、定期的に、利用者の生活機能の状況を検討し、おおむね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、その結果を当該利用者を担当する介護支援専門員や主治の医師に対して情報提供すること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<u>※栄養改善サービスの提供に当たり、居室における食事の状況を聞き取った結果、課題がある場合は、当該課題を解決するため、利用者又はその家族の同意を得て、当該利用者の居室を訪問し、居室での食事状況・食事環境等の具体的な課題の把握や、主として食事の準備をする者に対する栄養食事相談等の栄養改善サービスを提供すること。</u>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	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

■ 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	<ul style="list-style-type: none"> ・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(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、改善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	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 (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 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	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 利用者の栄養状態を定期的に記録する 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。

■ 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
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 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 ・じよく瘡に関する問題 ・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)
情報提供		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
61 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認知症対応型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。</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>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"> ・利用者に関する記録 ・職員勤務表 ・栄養状態に関する確認記録 ・介護支援専門員に情報提供を行った記録 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(1) 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"/>
	(2) 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"/>
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
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	<u>口腔スクリーニング及び栄養スクリーニングを利用者に対し、原則として一体的に実施していますか。ただし、口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)については口腔スクリーニング又は栄養スクリーニングの一方のみを行い、口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)を算定することができます。</u>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<u>口腔スクリーニング及び栄養スクリーニングを行うに当たっては、利用者について、それぞれ次に掲げる確認を行い、確認した情報を介護支援専門員に対し、提供していますか。</u> <u>〔口腔スクリーニング〕</u> <u>A 硬いものを避け、柔らかいものを中心に食べる者</u> <u>B 入れ歯を使っている者</u> <u>C むせやすい者</u> <u>〔栄養スクリーニング〕</u> <u>A BMIが18.5未満である者</u> <u>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」(平成18年6月9日老発第0609001号厚生労働省老健局長通知)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</u> <u>C 血清アルブミン値が3.5g/dl以下である者</u> <u>D 食事摂取量が不良(75%以下)である者</u>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<u>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ますか。</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
62	口腔機能向上加算	次に掲げるいずれの基準にも適合しているものとして市町村長に届け出て、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、口腔機能の向上を目的として、個別的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を行った場合は、 <u>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。ただし、次のいずれかの加算を算定している場合は次のその他の加算は算定しません。</u>	・口腔機能改善管理指導計画書 ・評価、モニタリング結果 ・職員勤務表 ・利用者に関する記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		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。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<u>(1) 口腔機能向上加算（Ⅰ） 150単位</u>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<u>(2) 口腔機能向上加算（Ⅱ） 160単位</u>		<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	<u>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。</u>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<u>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。</u>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<u>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。</u>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<u>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。</u>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<u>⑤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"/>
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	<u>①イ①～⑤までに掲げるいずれにも適合すること。</u>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<u>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。</u> <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。</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
■次のいずれの基準にも適合する場合 (口腔機能向上加算)					
	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"> 口腔清掃の指導 (or 実施) 摂食・嚥下機能に関する訓練の指導 (or 実施) 個別的に実施されるもの 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(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。			
■次のいずれの基準にも適合する場合 (口腔機能向上加算)					
	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して主治医又は主治の歯科医師への情報提供、受診勧奨などの適切な措置を講じること			
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
63	科学的介護推進体制加算	次に掲げるいずれの基準にも適合しているものとして市長に届け出た事業所が、利用者に対し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単位を所定単位数に加算していますか。 ※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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		※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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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。 ※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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		(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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		(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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(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)	<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
64	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，算定していませんか。	・居宅サービス計画 ・認知症対応型通所介護計画 ・サービス提供票，別表	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
65	同一建物の減算	指定認知症対応型通所介護事業所と※同一建物に居住する者又は指定認知症対応型通所介護事業所と同一建物から当該認知症対応型指定通所介護事業所に通う者に対し，認知症対応型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。	・送迎記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		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>※同一建物の定義 当該事業所と構造上又は外形上一体的な構築物を指すものであり，具体的には，当該建物の1階部分に指定認知症対応型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。また，ここでいう同一建物については，当該建物の管理，運営法人と当該事業所の法人が異なる場合であっても該当する。</p> <p>◎その他やむを得ず送迎が必要である利用者とは 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指定認知症対応型通所介護事業所との間の往復の移動を介助した場合に限られる。 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認知症対応型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>						
66	送迎未実施減算	居宅と当該事業所との間の送迎を行わない場合、片道につき47単位を減算していますか。	・送迎記録	<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
67 サービス提供体制強化加算	<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町村長に届け出た事業所が利用者に対し、サービスを行った場合は、1月につき次に掲げる所定単位数を加算していますか。</p> <p>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ない。</p> <p>(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</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・職員勤務表 ・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 ・職員履歴書 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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のいずれにも適合すること	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"/>

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	<p>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</p> <p>※この場合、当該加算の届出は4月日以降で可能</p> <p>※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</p>
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続年数に加え、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
68 介護職員処遇改善加算	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、 <u>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）</u> に次に掲げる単位数を所定単位数に加算していますか。		<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1000分の104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1000分の76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1000分の42に相当する単位数</p> <p><u>(4) 介護職員処遇改善加算（Ⅳ）</u> <u>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</u> <u>(3)により算定した単位数の100分の90に相当する単位数</u></p> <p><u>(5) 介護職員処遇改善加算（Ⅴ）</u> <u>次の①に適合している場合</u> <u>(3)により算定した単位数の100分の80に相当する単位数</u></p>	<p>・介護職員処遇改善加算届出書等</p> <p>・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）</p> <p><u>・労働保険料が納付されていることがわかる書類</u></p> <p><u>・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）</u></p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
①	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。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	※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。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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、罰金以上の刑に処されていないこと。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	労働保険料の納付が適正に行われていること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
②	<p>(1) 次に掲げる要件の全てに適合すること。</p> <p>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。</p> <p>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</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
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	(3) 次に掲げる要件の全てに適合すること。 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。 B Aについて、 <u>就業規則等の明確な根拠規定を書面で整備し</u> 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"/>
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</u> 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 <u>要する費用の見込み額</u> を全ての職員に周知していること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑥	平成20年10月から①(2)の届出の日の属する月の前月までに実施した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した費用を全ての職員に周知していること。 【改正前の指定居宅サービス介護給付費単位数の訪問介護費への注】		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
69	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。	<ul style="list-style-type: none"> ・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） <u>・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</u> 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(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31に相当する単位数 (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24に相当する単位数				
①	(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。				
	(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。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(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 <u>上回っている</u> こと。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(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。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(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。		<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	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。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③	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。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
④	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。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑤	通所介護費における特定事業所加算(Ⅰ)又は(Ⅱ)のいずれかを <u>届け出</u> ていること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑥	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。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑦	<u>②の届出に係る計画の期間中に実施する</u> 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 <u>要する費用の見込額</u> を全ての職員に周知していること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑧	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。		<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（介護予防）						
70	基本的事項	指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額は、平成18年厚生労働省第128号の別表「指定地域密着型サービス介護給付費単位数表」により算定していますか。	・介護予防認知症対応型通所介護計画書 ・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"/>
		指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額は、平成27年厚生労働省告示第93号の「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。		<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"/>
71	所要時間による区分の取扱い	所要時間の算定は、「介護予防認知症対応型通所介護費（Ⅰ）」及び「介護予防認知症対応型通所介護費（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、介護予防認知症対応型通所介護計画に位置付けられた内容の介護予防認知症対応型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。 ※送迎に要する時間は原則含まない。	・所要時間が分かる記録 ・届出書控	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
72	人員基準を満たさない状況で提供された介護予防認知症対応型通所介護	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介護予防認知症対応型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。	・利用者の数が分かる書類 ・職員勤務表	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <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)⇒ $\frac{\text{サービス提供日に配置された延べ人数}}{\text{サービス提供日数}} < 0.9$</p> <p>○介護職員(算定式)⇒ $\frac{\text{当該月に配置された職員の勤務延時間数}}{\text{サービス提供日数}} < 1$</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> <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)⇒ $0.9 \leq \frac{\text{サービス提供日に配置された延べ人数}}{\text{サービス提供日数}} < 1$</p> <p>○介護職員(算定式)⇒</p> </div>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
73	施設基準による取扱い	施設基準は、次の要件を満たしていますか。	・職員勤務表 ・算定区分確認表	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		①介護予防認知症対応型通所介護費（Ⅰ）（i）の施設基準 単独型指定介護予防認知症対応型通所介護を行う事業所であること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		②介護予防認知症対応型通所介護費（Ⅰ）（ii）の施設基準 併設型指定介護予防認知症対応型通所介護を行う事業所であること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		③介護予防認知症対応型通所介護費（Ⅱ）の施設基準 共用型指定介護予防認知症対応型通所介護を行う事業所であること。		<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
74	短時間の場合の取扱い	<p>別に※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2時間以上3時間未満の指定認知症対応型通所介護を行う場合は、所要時間3時間以上4時間未満の所定単位数の100分の63に相当する単位数を算定していますか。</p> <p>※厚生労働大臣が定める基準 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</p>	<p>・介護予防認知症対応型通所介護計画 ・利用者に関する記録</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
75	感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合の取扱いについて	<p><u>感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が生じ、当該月の利用者数の実績が当該月の前年度における月平均の利用者数よりも100分の5以上減少している場合に、市長に届け出た事業所においてサービスを行った場合は、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加算していますか。ただし、利用者数の減少に対応するための経営改善に時間を有することその他の特別の事情があると認められる場合は、当該加算の期間が終了した月の翌月から3月以内に限り、引き続き加算することができます。</u></p>				
76	9時間以上の場合に係る加算	<p>日常生活上の世話をを行った後に引き続き所要時間8時間以上9時間未満のサービス提供を行った場合又は所要時間8時間以上9時間未満のサービス提供を行った後に引き続き日常生活上の世話を行った場合で、当該指定認知症対応型通所介護の所要時間と当該指定認知症対応型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以下の区分のとおり加算していますか。</p> <p>イ 9時間以上10時間未満 50単位 ロ 10時間以上11時間未満 100単位 ハ 11時間以上12時間未満 150単位 ニ 12時間以上13時間未満 200単位 ホ 13時間以上14時間未満 250単位</p>	<p>・介護予防認知症対応型通所介護計画 ・利用者に関する記録</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
77	中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	<p><u>厚生労働大臣が定める地域に居住している利用者に対して、通常の事業の実施地域を超えてサービスを行った場合は、1日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。</u></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												
78 入浴介助加算	利用者等告示に適合しているものとして市町村長に届け出て入浴介助を行った場合は、1日につき <u>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は、次に掲げるその他の加算は算定しません。</u>	・入浴介助に関する記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
	<u>イ 入浴介助加算（Ⅰ） 40単位</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。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
	<u>ロ 入浴介助加算（Ⅱ） 55単位</u> 次のいずれにも適合していますか。		<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。）が利用者の居宅を訪問し、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>		・医師等による評価や助言の記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
<u>(3)上記(2)の訪問において、居宅の浴室が、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に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>		・訪問した医師等の助言の記録	<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、利用者の居宅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態、訪問により把握した居宅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															
<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宅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) 通所介護計画上、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、身体に直接接する介助を行わなかった場合	○	(3) 通所介護計画上、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、身体に直接接する介助を行わなかった場合	○																
(3) 通所介護計画上、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
79 生活機能向上連携加算	次に掲げるいずれの基準にも適合しているものとして市町村長に届け出た指定介護予防認知症対応型通所介護事業所において、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、当該基準に係る区分に従い、(1)については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き3月に1回を限度として、1月につき、(2)については1月につき、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しません。また、個別機能訓練加算を算定している場合、(1)は算定せず、(2)は1月につき100単位を所定単位数に加算します。	・個別機能訓練計画書 ・評価、モニタリング結果 ・職員勤務表 ・利用者に関する記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(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。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
※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。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
※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、介護予防認知症対応型通所介護事業所の機能訓練指導員等が共同して利用者の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。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
※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)介護予防認知症対応型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、当該指定介護予防認知症対応型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"/>

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>・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。</p> <p>(1) 実施時間</p> <p>(2) 訓練内容</p> <p>(3) 担当者等</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>・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。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>③の1 ①又は④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。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>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。</p> <p>※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。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>・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。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>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。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>・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。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>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が介護予防認知症対応型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。</p> <p>※理学療法士等は、機能訓練指導員等に対し、日常生活上の留意点、介護の工夫等に関する助言を行うこと。</p> <p>※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。</p> <p>※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。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>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、当該介護予防指定認知症対応型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。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>・個別機能訓練計画には、次の事項が記載されていますか。</p> <p>(1) 利用者ごとにその目標</p> <p>(2) 実施時間</p> <p>(3) 実施方法等の内容</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>・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。</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
80	個別機能訓練加算	次に掲げるいずれの基準にも適合しているものとして市町村長に届け出た指定認知症対応型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、 <u>個別機能訓練加算（Ⅰ）として、1日につき27単位を所定単位数に加算していますか。</u> <u>また、個別機能訓練加算（Ⅰ）を算定している場合であって、かつ、個別機能訓練計画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措置を活用した場合は、個別機能訓練加算（Ⅱ）として、1月につき20単位を所定単位数に加算していますか。</u>	・個別機能訓練計画書 ・評価、モニタリング結果 ・職員勤務表 ・利用者に関する記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
個別機能訓練加算要件 ※いずれの基準にも適合すること		理学療法士等が個別機能訓練計画に基づき、計画的に行うこと。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1日120分以上、専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等を1名以上配置していること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		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、利用者毎にその目標、実施方法等を内容とする個別機能訓練計画を作成し、これに基づいて行った個別機能訓練の効果、実施方法等について評価等を行っていること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		個別機能訓練の開始時及びその3か月後に1回以上利用者に対して個別機能訓練計画の内容を説明し、記録すること。 <u>利用者に対する説明は、テレビ電話装置等の活用可。ただし、その場合は利用者の同意が必要。</u>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		個別機能訓練を行う場合は、利用者ごとに保管され、常に個別機能訓練の従事者により閲覧が出来るようにすること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
81	若年性認知症利用者受入加算	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町村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、サービスを行った場合は、1日につき60単位を加算していますか。 ※厚生労働大臣が定める基準 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。	・利用者に関する記録	<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
82	<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介護予防認知症対応型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>※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>				
	<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」とは次の事業所等をいう。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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） ・医療機関 ・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） ・公益社団法人日本栄養士会又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」 				
	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すること。				
	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。				
	・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。				
	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。				
	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・嚥下機能及び食形態にも配慮しつつ、解決すべき栄養管理上の課題の把握を行っていますか。				
	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。				
	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。				
	・利用者の体重については、1月毎に測定していますか。				
	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>※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>				
	④定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。				

点検項目		確認事項	確認書類等	点検結果		
				適	不適	該当なし
83	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市町村長に届け出て、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、低栄養状態の改善等を目的として、個別的に実施される営業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。	・栄養ケア計画書 ・評価、モニタリング結果 ・職員勤務表 ・利用者に関する記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
栄養改善加算要件 ※いずれの基準にも適合すること	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、 <u>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。）</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、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こと。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	利用者ごとに栄養ケア計画に従い <u>必要に応じて当該利用者の居宅を訪問し、</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していること。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	利用者の栄養状態に応じて、定期的に、利用者の生活機能の状況を検討し、おおむね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、その結果を当該利用者を担当する介護支援専門員や主治の医師に対して情報提供すること。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<u>栄養改善サービスの提供に当たり、居宅における食事の状況を聞き取った結果、課題がある場合は、当該課題を解決するため、利用者又はその家族の同意を得て、当該利用者の居宅を訪問し、居宅での食事状況・食事環境等の具体的な課題の把握や、主として食事の準備をする者に対する栄養食事相談等の栄養改善サービスを提供すること。</u>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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

■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	<ul style="list-style-type: none"> ・栄養食事相談等の栄養管理 ・個別的に実施されるもの ・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(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、改善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	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 (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 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	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 利用者の栄養状態を定期的に記録する 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。

■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
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 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 ・じよく瘡に関する問題 ・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)
情報提供		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
84 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介護予防認知症対応型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。</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>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"> 利用者に関する記録 職員勤務表 栄養状態に関する確認記録 介護支援専門員に情報提供を行った記録 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(1) 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"/>
	(2) 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"/>
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利用定員超過減算、人員基準欠如減算の対象に該当しないこと。		<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
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	<u>口腔スクリーニング及び栄養スクリーニングを利用者に対し、原則として一体的に実施していますか。ただし、口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）については口腔スクリーニング又は栄養スクリーニングの一方のみを行い、口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）を算定することができます。</u>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<u>口腔スクリーニング及び栄養スクリーニングを行うに当たっては、利用者について、それぞれ次に掲げる確認を行い、確認した情報を介護支援専門員に対し、提供していますか。</u> <u>〔口腔スクリーニング〕</u> <u>A 硬いものを避け、柔らかいものを中心に食べる者</u> <u>B 入れ歯を使っている者</u> <u>C むせやすい者</u> <u>〔栄養スクリーニング〕</u> <u>A BMIが18.5未満である者</u> <u>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」（平成18年6月9日老発第0609001号厚生労働省老健局長通知）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</u> <u>C 血清アルブミン値が3.5g/dl以下である者</u> <u>D 食事摂取量が不良（75%以下）である者</u>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<u>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ますか。</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
85	口腔機能向上加算	次に掲げるいずれの基準にも適合しているものとして市町村長に届け出て、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、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を行った場合は、 <u>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。ただし、次のいずれかの加算を算定している場合は次のその他の加算は算定しません。</u> 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。	・口腔機能改善管理指導計画書 ・評価、モニタリング結果 ・職員勤務表 ・利用者に関する記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<u>(1) 口腔機能向上加算（Ⅰ） 150単位</u>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<u>(2) 口腔機能向上加算（Ⅱ） 160単位</u>		<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	<u>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。</u>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<u>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。</u>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<u>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。</u>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<u>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。</u>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<u>⑤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"/>
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	<u>①イ①～⑤までに掲げるいずれにも適合すること。</u>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<u>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。</u>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<u>【口腔機能向上加算 留意事項】</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。 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。				

点検項目	確認事項	確認書類等	点検結果		
			適	不適	該当なし

■次のいずれの基準にも適合する場合

(口腔機能向上加算)

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"> 口腔清掃の指導(or実施) 摂食・嚥下機能に関する訓練の指導(or実施) 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(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。

■次のいずれの基準にも適合する場合

(口腔機能向上加算)

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して主治医又は主治の歯科医師への情報提供、受診勧奨などの適切な措置を講じること
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
科学的介護 推進体制加算	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。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	※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。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
86	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。 ※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。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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。 ※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。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(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)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(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)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(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)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(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)		<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	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、介護予防認知症対応型共同生活介護を受けている間は、算定していませんか。	・介護予防サービス計画書 ・介護予防認知症対応型通所介護計画書 ・サービス提供票、別表	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
88	同一建物の減算	<p>指定介護予防認知症対応型通所介護事業所と※同一建物に居住する者又は指定介護予防認知症対応型通所介護事業所と同一建物から当該介護予防認知症対応型指定通所介護事業所に通う者に対し、介護予防認知症対応型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>※同一建物の定義 当該事業所と構造上又は外形上一体的な構築物を指すものであり、具体的には、当該建物の1階部分に当該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。また、ここでいう同一建物については、当該建物の管理、運営法人と当該事業所の法人が異なる場合であっても該当する。</p>	・送迎記録	<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 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指定認知症対応型通所介護事業所との間の往復の移動を介助した場合に限られる。 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認知症対応型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>						
89	送迎未実施減算	居宅と当該事業所との間の送迎を行わない場合、片道につき47単位を減算していますか。	・送迎記録	<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
90	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町村長に届け出た事業所が利用者に対し、サービスを行った場合は、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ない。 <u>(1) サービス提供体制強化加算 (I) 22単位</u> <u>(2) サービス提供体制強化加算 (II) 18単位</u> <u>(3) サービス提供体制強化加算 (III) 6単位</u>	・職員勤務表 ・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 ・職員履歴書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
イ サービス提供体制強化加算 (I)		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"/>	
※①及び②のいずれにも適合すること		・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"/>	
		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"/>	
ロ サービス提供体制強化加算 (II)		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"/>	
		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"/>	
ハ サービス提供体制強化加算 (III)		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"/>	
※⑤及び⑥のいずれかに適合すること		・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
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				
91 介護職員処遇改善加算	<p><u>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、指定介護予防認知症対応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。</u> ◆要件等は、認知症対応型通所介護を参照</p> <p><u>※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「指定介護予防認知症対応型通所サービス」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。</u> <u>なお、指定介護予防認知症対応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。</u></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
92 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介護予防認知症対応型通所サービス事業所が、利用者に対し、指定介護予防認知症対応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31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24に相当する単位数</p> <p>◆要件等は、認知症対応型通所介護を参照</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「介護予防認知症対応型通所サービス費」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>		□	□	□