

## 609 地域密着型通所介護費

| 点検項目                                         | 点検事項                                                                                                | 点検結果                        |                                                                     |
|----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| 定員超過減算                                       | <指定地域密着型通所介護><br>介護保険法施行規則第131条の3の2の規定に基づき市町村長に提出した運営規程に定められている利用定員を超える場合                           | <input type="checkbox"/> 該当 |                                                                     |
|                                              | <指定療養通所介護><br>指定地域密着型サービス基準第40条の3に定められている利用定員を超える場合                                                 | <input type="checkbox"/> 該当 |                                                                     |
| 人員基準減算                                       | <指定地域密着型通所介護><br>指定地域密着型サービス基準第37条の2の規定の適用を受けない指定地域密着型通所介護事業所にあつては、指定地域密着型サービス基準第20条に定める員数を置いていない場合 | <input type="checkbox"/> 該当 |                                                                     |
|                                              | <指定地域密着型通所介護><br>指定地域密着型サービス基準第37条の2の規定の適用を受ける指定地域密着型通所介護事業所にあつては、同条第1号に定める員数を置いていない場合              | <input type="checkbox"/> 該当 |                                                                     |
|                                              | <指定療養通所介護><br>指定地域密着型サービス基準第40条に定める員数を置いていない場合                                                      | <input type="checkbox"/> 該当 |                                                                     |
| 2時間以上3時間未満の地域密着型通所介護を行う場合                    | 心身の状況その他利用者側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な者に対して、所要時間2時間以上3時間未満の指定地域密着型通所介護を行う場合                         | <input type="checkbox"/> 該当 |                                                                     |
|                                              | 地域密着型通所介護の本来の目的に照らし、単に入浴サービスのみといった利用ではなく、利用者の日常生活動作能力などの向上のため、日常生活を通じた機能訓練等が実施されている。                | <input type="checkbox"/> 該当 |                                                                     |
| 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基本報酬への加算 | 感染症又は災害（厚生労働大臣が認めるものに限る。）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。      | <input type="checkbox"/> 該当 | ○ 感染症又は災害の発生を理由とする通所介護等の介護報酬による評価 届出様式(参考様式)<br>○ 利用延人員数計算シート(参考様式) |

| 点検項目                                      | 点検事項                                                                                   | 点検結果                        |  |
|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|--|
| 8 時間以上 9 時間未満の報酬区分によるサービス提供の前後に行う日常生活上の世話 | 8 時間以上 9 時間未満の報酬区分でのサービス提供                                                             | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
|                                           | 9 時間以上 10 時間未満                                                                         | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
|                                           | 10 時間以上 11 時間未満                                                                        | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
|                                           | 11 時間以上 12 時間未満                                                                        | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
|                                           | 12 時間以上 13 時間未満                                                                        | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
|                                           | 13 時間以上 14 時間未満                                                                        | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
| 共生型地域密着型通所介護を行う場合                         | 共生型居宅サービスの事業を行う指定生活介護事業者が当該事業を行う事業所において共生型地域密着型通所介護を行った場合                              | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
|                                           | 共生型居宅サービスの事業を行う指定自立訓練（機能訓練）事業者又は指定自立訓練（生活訓練）事業者が当該事業を行う事業所において共生型地域密着型通所介護を行った場合       | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
|                                           | 共生型居宅サービスの事業を行う指定児童発達支援事業者が当該事業を行う事業所において共生型地域密着型通所介護を行った場合                            | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
|                                           | 共生型居宅サービスの事業を行う指定放課後等デイサービス事業者が当該事業を行う事業所において共生型地域密着型通所介護を行った場合                        | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
| 生活相談員配置等加算                                | 共生型地域密着型通所介護費を算定している。                                                                  | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
|                                           | 生活相談員を、共生型地域密着型通所介護の提供日ごとに、当該共生型地域密着型通所介護を行う時間帯を通じて 1 名以上配置している。                       | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
|                                           | 地域に貢献する活動を行っている。                                                                       | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
| 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算                    | 厚生労働大臣の定める地域（離島振興対策実施地域、奄美群島、豪雪地帯及び特別豪雪地帯、辺地、振興山村、小笠原諸島、半島振興対策実施地域、特定農山村地域、過疎地域、沖縄の離島） | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
| 入浴介助加算（Ⅰ）                                 | 入浴介助を適切に行うことのできる人員及び設備を有している。                                                          | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
|                                           | 入浴介助を実施している。                                                                           | <input type="checkbox"/> 該当 |  |

| 点検項目      | 点検事項                                                                                                                                                                                                                           | 点検結果                        |  |
|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|--|
| 入浴介助加算（Ⅱ） | 入浴介助を適切に行うことのできる人員及び設備を有している。                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
|           | 医師、理学療法士、作業療法士、介護福祉士、介護支援専門員等（利用者の動作及び浴室の環境の評価を行うことができる福祉用具専門相談員、機能訓練指導員を含む。）が利用者の居宅を訪問し、利用者の状態を踏まえ、浴室における利用者の動作と浴室環境を評価している。                                                                                                  | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
|           | 当該利用者の居宅を訪問し評価した者が、入浴に係る適切な介護技術に基づいて、利用者の動作を踏まえ、利用者自身で又は家族・訪問介護員等の介助により入浴を行うことが可能であると判断した場合、指定地域密着型通所介護事業所に対し、その旨情報共有している。<br>（当該利用者の居宅を訪問し評価した者が、指定地域密着型通所介護事業所の従業者以外の者である場合は、書面等を活用し、十分な情報共有を行っている。）                         | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
|           | 当該利用者の居宅を訪問し評価した者が、入浴に係る適切な介護技術に基づいて、利用者の動作を踏まえ、利用者自身で又は家族・訪問介護員等の介助により入浴を行うことが難しいと判断した場合は、指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員又は指定福祉用具貸与事業所若しくは指定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、利用者及び当該利用者を担当する介護支援専門員等に対し、福祉用具の貸与若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る。 | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
|           | 指定地域密着型通所介護事業所の機能訓練指導員等（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、利用者の居宅を訪問し評価した者との連携の下で、利用者の身体状況や訪問で把握した利用者の居宅の浴室の環境等を踏まえた個別の入浴計画を作成している。                                                                                          | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
|           | 個別の入浴計画に基づき、個浴その他の利用者宅の状況に近い環境で入浴介助を実施している。                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
|           | 入浴介助を行う際は、関係計画等の達成状況や利用者の状態をふまえて、自身で又は家族・訪問介護員等の介助によって入浴することができるようになるよう、既存の研修等を参考に必要な介護技術の習得に努め、これを用いて行われている。                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> 該当 |  |

| 点検項目       | 点検事項                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 点検結果                        |  |
|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|--|
| 中重度者ケア体制加算 | 指定地域密着型サービス基準第20条第1項第2号又は第3号に規定する看護職員又は介護職員の員数に加え、看護職員又は介護職員を常勤換算方法で2以上確保している。                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
|            | 指定地域密着型通所介護事業所における前年度又は算定日が属する月の前3月間の利用者の総数のうち、要介護状態区分が要介護3、要介護4及び要介護5である者の占める割合が100分の30以上である。                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
|            | 指定地域密着型通所介護を行う時間帯を通じて専ら当該指定地域密着型通所介護の提供に当たる看護職員を1名以上配置している。                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
|            | 共生型地域密着型通所介護費を算定していない。                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
|            | 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（病院にあっては、許可病床数が200床未満のもの又は当該病院を中心とした半径4キロメートル以内に診療所が存在しないものに限る。）の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は医師（当加算において「理学療法士等」という。）の助言に基づき、当該地域密着型通所介護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（当加算において「機能訓練指導員等」という。）が共同してアセスメント、利用者の身体の状態等の評価及び個別機能訓練計画の作成を行っている。 | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
|            | 個別機能訓練計画の作成に当たっては、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、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の場において把握し、又は指定地域密着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した上で、当該事業所の機能訓練指導員等に助言を行っている。                                                                     | <input type="checkbox"/> 該当 |  |

| 点検項目              | 点検事項                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 点検結果                        |  |
|-------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|--|
| 生活機能向上連携加算<br>(I) | 個別機能訓練計画に、利用者ごとにその目標、実施時間、実施方法等の内容を記載している。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を踏まえ作成することとし、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る。                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
|                   | 個別機能訓練計画に基づき、利用者の身体機能又は生活機能の向上を目的とする機能訓練の項目を準備し、機能訓練指導員等が利用者の心身の状況に応じて計画的に機能訓練を適切に提供している。                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
|                   | 機能訓練指導員等は、各月における評価内容や目標の達成度合いについて、利用者又はその家族及び理学療法士等に報告・相談し、理学療法士等から必要な助言を得た上で、必要に応じて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る。                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
|                   | 理学療法士等は、機能訓練指導員等と共同で、3月ごとに1回以上、個別機能訓練の進捗状況等について評価した上で、機能訓練指導員等が利用者又はその家族に対して個別機能訓練計画の内容（評価を含む。）や進捗状況等を説明している。                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
|                   | 機能訓練に関する記録（実施時間、訓練内容、担当者等）は、利用者ごとに保管され、常に当該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る。                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
|                   | 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（病院にあっては、許可病床数が200床未満のもの又は当該病院を中心とした半径4キロメートル以内に診療所が存在しないものに限る。）の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は医師（当加算において「理学療法士等」という。）が、当該指定地域密着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、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者（当加算において「機能訓練指導員等」という。）と共同して、利用者の身体の状態等の評価及び個別機能訓練計画の作成を行っている。 | <input type="checkbox"/> 該当 |  |

| 点検項目              | 点検事項                                                                                                                                                                                                            | 点検結果                        |  |
|-------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|--|
| 生活機能向上連携加算<br>(Ⅱ) | 個別機能訓練計画の作成にあたっては、理学療法士等が、機能訓練指導員等に対し、日常生活上の留意点、介護の工夫等に対する助言を行っている。                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
|                   | 個別機能訓練計画に、利用者ごとにその目標、実施時間、実施方法等の内容を記載している。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を踏まえ作成することとし、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る。                                                       | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
|                   | 個別機能訓練計画に基づき、利用者の身体機能又は生活機能の向上を目的とする機能訓練の項目を準備し、機能訓練指導員等が利用者の心身の状況に応じて計画的に機能訓練を適切に提供している。                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
|                   | 機能訓練指導員等は、各月における評価内容や目標の達成度合いについて、利用者又はその家族及び理学療法士等に報告・相談し、理学療法士等から必要な助言を得た上で、必要に応じて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る。                                                    | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
|                   | 理学療法士等は、3月ごとに1回以上指定地域密着型通所介護事業所を訪問し、機能訓練指導員等と共同で個別機能訓練の進捗状況等について評価した上で、機能訓練指導員等が、利用者又はその家族に対して個別機能訓練計画の内容（評価を含む。）や進捗状況等を説明し記録するとともに、必要に応じて訓練内容の見直し等を行っている。                                                      | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
|                   | 機能訓練に関する記録（実施時間、訓練内容、担当者等）は、利用者ごとに保管され、常に当該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る。                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
| 個別機能訓練加算（Ⅰ）<br>イ  | 専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師、はり師又はきゅう師（はり師又はきゅう師については、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師の資格を有する機能訓練指導員を配置した事業所で6月以上機能訓練指導に従事した経験を有する者に限る。）（当加算において「理学療法士等」という。）を1名以上配置している。 | <input type="checkbox"/> 該当 |  |

| 点検項目 | 点検事項                                                                                                                 | 点検結果                        |                                             |
|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|---------------------------------------------|
|      | 個別機能訓練を行うにあたっては、機能訓練指導員等が共同して、利用者ごとにその目標、目標を踏まえた訓練項目、訓練実施時間、訓練実施回数等を内容とする個別機能訓練計画を作成している。                            | <input type="checkbox"/> 該当 | ○ 個別機能訓練計画書（参考様式）                           |
|      | 個別機能訓練目標の設定にあたっては、機能訓練指導員等が利用者の居宅を訪問した上で利用者の居宅での生活状況（起居動作、ADL、IADL等の状況）を確認し、その結果や利用者又は家族の意向及び介護支援専門員等の意見も踏まえつつ行っている。 | <input type="checkbox"/> 該当 | ○ 興味・関心チェックシート（参考様式）<br>○ 生活機能チェックシート（参考様式） |
|      | 個別機能訓練目標の設定にあたっては、当該利用者の意欲の向上につながるよう長期目標・短期目標のように段階的な目標とするなど可能な限り具体的かつ分かりやすい目標としている。                                 | <input type="checkbox"/> 該当 |                                             |
|      | 個別機能訓練目標の設定にあたっては、単に身体機能の向上を目指すことのみを目標とするのではなく、日常生活における生活機能の維持・向上を目指すことを含めた目標としている。                                  | <input type="checkbox"/> 該当 |                                             |
|      | 個別機能訓練項目の設定にあたっては、利用者の生活機能の向上に資するよう複数の種類の機能訓練項目を準備し、その項目の選択に当たっては、利用者の生活意欲の向上に繋がるよう利用者を援助している。                       | <input type="checkbox"/> 該当 |                                             |
|      | 個別機能訓練は、類似の目標を持ち、同様の訓練項目を選択した5人程度以下の小集団（個別対応含む）に対して機能訓練指導員が直接行い、必要に応じて事業所内外の設備等を用いた実践的かつ反復的な訓練としている。                 | <input type="checkbox"/> 該当 |                                             |
|      | 個別機能訓練を、概ね週1回以上を目安に実施している。                                                                                           | <input type="checkbox"/> 該当 |                                             |
|      | 個別機能訓練時間を、個別機能訓練計画に定めた訓練項目の実施に必要な1回あたりの訓練時間を考慮し、適切に設定している。                                                           | <input type="checkbox"/> 該当 |                                             |
|      | 個別機能訓練を開始した後に、個別機能訓練項目や訓練実施時間、個別機能訓練の効果（当該利用者のADL及びIADLの改善状況）等についての評価を行っている。                                         | <input type="checkbox"/> 該当 |                                             |

| 点検項目             | 点検事項                                                                                                                                                                                                                                                                   | 点検結果                        |                   |
|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------|
|                  | 個別機能訓練を開始した後に、3月ごとに1回以上、利用者の居宅を訪問し、利用者の居宅での生活状況（起居動作、ADL、IADL等の状況）の確認を行い、利用者又はその家族に対して個別機能訓練の実施状況や個別機能訓練の効果等について説明・記録している。                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> 該当 |                   |
|                  | 個別機能訓練を開始した後に、概ね3月ごと1回以上、個別機能訓練の実施状況や個別機能訓練の効果等について、当該利用者を担当する介護支援専門員等にも適宜報告・相談し、利用者等の意向を確認の上、当該利用者に対する個別機能訓練の効果（例えば当該利用者のADL及びIADLの改善状況）等をふまえた個別機能訓練の目標の見直しや訓練項目の変更など、適切な対応を行っている。                                                                                    | <input type="checkbox"/> 該当 |                   |
|                  | 個別機能訓練に関する記録（個別機能訓練の目標、目標をふまえた訓練項目、訓練実施時間、個別機能訓練実施者等）は、利用者ごとに保管され、常に当該事業所の個別機能訓練従事者により閲覧が可能であるようにしている。                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> 該当 |                   |
|                  | 定員超過利用・人員基準欠如が発生していない。                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> 該当 |                   |
| 個別機能訓練加算（Ⅰ）<br>□ | 専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師、はり師又はきゅう師（はり師又はきゅう師については、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師の資格を有する機能訓練指導員を配置した事業所で6月以上機能訓練指導に従事した経験を有する者に限る。）（当加算において「理学療法士等」という。）を1名以上配置することに加えて、専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等を指定通所介護を行う時間帯を通じて1名以上配置している。 | <input type="checkbox"/> 該当 |                   |
|                  | 個別機能訓練を行うにあたっては、機能訓練指導員等が共同して、利用者ごとにその目標、目標を踏まえた訓練項目、訓練実施時間、訓練実施回数等を内容とする個別機能訓練計画を作成している。                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 該当 | ○ 個別機能訓練計画書（参考様式） |



| 点検項目 | 点検事項                                                                                                                       | 点検結果                        |                                             |
|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|---------------------------------------------|
|      | 個別機能訓練目標の設定にあたっては、機能訓練指導員等が利用者の居宅を訪問した上で利用者の居宅での生活状況（起居動作、ADL、IADL等の状況）を確認し、その結果や利用者又は家族の意向及び介護支援専門員等の意見も踏まえつつ行っている。       | <input type="checkbox"/> 該当 | ○ 興味・関心チェックシート（参考様式）<br>○ 生活機能チェックシート（参考様式） |
|      | 個別機能訓練目標の設定にあたっては、当該利用者の意欲の向上につながるよう長期目標・短期目標のように段階的な目標とするなど可能な限り具体的かつ分かりやすい目標としている。                                       | <input type="checkbox"/> 該当 |                                             |
|      | 個別機能訓練目標の設定にあたっては、単に身体機能の向上を目指すことのみを目標とするのではなく、日常生活における生活機能の維持・向上を目指すことを含めた目標としている。                                        | <input type="checkbox"/> 該当 |                                             |
|      | 個別機能訓練項目の設定にあたっては、利用者の生活機能の向上に資するよう複数の種類の機能訓練項目を準備し、その項目の選択に当たっては、利用者の生活意欲の向上に繋がるよう利用者を援助している。                             | <input type="checkbox"/> 該当 |                                             |
|      | 個別機能訓練は、類似の目標を持ち、同様の訓練項目を選択した5人程度以下の小集団（個別対応含む）に対して機能訓練指導員が直接行い、必要に応じて事業所内外の設備等を用いた実践的かつ反復的な訓練としている。                       | <input type="checkbox"/> 該当 |                                             |
|      | 個別機能訓練を、概ね週1回以上を目安に実施している。                                                                                                 | <input type="checkbox"/> 該当 |                                             |
|      | 個別機能訓練時間を、個別機能訓練計画に定めた訓練項目の実施に必要な1回あたりの訓練時間を考慮し、適切に設定している。                                                                 | <input type="checkbox"/> 該当 |                                             |
|      | 個別機能訓練を開始した後に、個別機能訓練項目や訓練実施時間、個別機能訓練の効果（当該利用者のADL及びIADLの改善状況）等についての評価を行っている。                                               | <input type="checkbox"/> 該当 |                                             |
|      | 個別機能訓練を開始した後に、3月ごとに1回以上、利用者の居宅を訪問し、利用者の居宅での生活状況（起居動作、ADL、IADL等の状況）の確認を行い、利用者又はその家族に対して個別機能訓練の実施状況や個別機能訓練の効果等について説明・記録している。 | <input type="checkbox"/> 該当 |                                             |

| 点検項目           | 点検事項                                                                                                                                                                                | 点検結果                               |  |
|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|--|
|                | 個別機能訓練を開始した後に、概ね3月ごと1回以上、個別機能訓練の実施状況や個別機能訓練の効果等について、当該利用者を担当する介護支援専門員等にも適宜報告・相談し、利用者等の意向を確認の上、当該利用者に対する個別機能訓練の効果（例えば当該利用者のADL及びIADLの改善状況）等をふまえた個別機能訓練の目標の見直しや訓練項目の変更など、適切な対応を行っている。 | <input type="checkbox"/> 該当        |  |
|                | 個別機能訓練に関する記録（個別機能訓練の目標、目標をふまえた訓練項目、訓練実施時間、個別機能訓練実施者等）は、利用者ごとに保管され、常に当該事業所の個別機能訓練従事者により閲覧が可能であるようにしている。                                                                              | <input type="checkbox"/> 該当        |  |
|                | 定員超過利用・人員基準欠如が発生していない。                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 該当        |  |
| 個別機能訓練加算（Ⅱ）    | 個別機能訓練加算（Ⅰ）イ又はロの基準に適合                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> 該当        |  |
|                | 個別機能訓練計画書の内容等の情報を厚生労働省（LIFE）に提出し、機能訓練の実施に当たって、当該情報その他機能訓練の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用                                                                                                     | <input type="checkbox"/> 該当        |  |
| A D L 維持等加算（Ⅰ） | 利用者（当該地域密着型通所介護事業所を6月以上利用しており、かつその利用期間において5時間以上の通所介護費の算定回数が5時間未満の算定回数を上回る者）の総数                                                                                                      | <input type="checkbox"/> 20人以上     |  |
|                | 利用者の総数のうち、評価対象利用期間の初月において、要介護状態区分が要介護3以上である者の占める割合                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> 100分の15以上 |  |
|                | 利用者の総数のうち、評価対象利用開始月において、初回の要介護認定又は要支援認定があった月から起算して12月以内である者の占める割合                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> 100分の15以下 |  |
|                | 利用者の総数のうち、評価対象利用開始月と、当該月から起算して6月目においてA D L 値を測定し、測定した日が属する月ごとに厚生労働省に当該測定が提出されている者の占める割合                                                                                             | <input type="checkbox"/> 100分の90以上 |  |

| 点検項目            | 点検事項                                                                                                                                                   | 点検結果                               |  |
|-----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|--|
|                 | A D L 利得が多い順に、提出者の総数の上位100分の85に相当する数の利用者について、次の利用者の区分に応じ、算出した値を合計して得た値<br>(1) A D L 利得が0より大きい利用者 1<br>(2) A D L 利得が0の利用者 0<br>(3) A D L 利得が0未満の利用者 - 1 | <input type="checkbox"/> 0 以上      |  |
| A D L 維持等加算 (Ⅱ) | 利用者（当該地域密着型通所介護事業所を6月以上利用しており、かつその利用期間において5時間以上の通所介護費の算定回数が5時間未満の算定回数を上回る者）の総数                                                                         | <input type="checkbox"/> 20人以上     |  |
|                 | 利用者の総数のうち、評価対象利用期間の初月において、要介護状態区分が要介護3以上である者の占める割合                                                                                                     | <input type="checkbox"/> 100分の15以上 |  |
|                 | 利用者の総数のうち、評価対象利用開始月において、初回の要介護認定又は要支援認定があった月から起算して12月以内である者の占める割合                                                                                      | <input type="checkbox"/> 100分の15以下 |  |
|                 | 利用者の総数のうち、評価対象利用開始月と、当該月から起算して6月目においてA D L 値を測定し、測定した日が属する月ごとに厚生労働省に当該測定が提出されている者の占める割合                                                                | <input type="checkbox"/> 100分の90以上 |  |
|                 | A D L 利得が多い順に、提出者の総数の上位100分の85に相当する数の利用者について、次の利用者の区分に応じ、算出した値を合計して得た値<br>(1) A D L 利得が0より大きい利用者 1<br>(2) A D L 利得が0の利用者 0<br>(3) A D L 利得が0未満の利用者 - 1 | <input type="checkbox"/> 0 以上      |  |
|                 | 当該地域密着型通所介護事業所の利用者について、算定日が属する月に当該利用者のA D L 値を測定し、その結果を厚生労働省に提出                                                                                        | <input type="checkbox"/> 実施        |  |

| 点検項目           | 点検事項                                                                                                                                                                     | 点検結果                     |      |  |
|----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|------|--|
| A D L 維持等加算（Ⅲ） | 令和３年３月31 日において現に、令和３年度介護報酬改定による改正前のA D L 維持等加算に係る届け出を行っている                                                                                                               | <input type="checkbox"/> | 該当   |  |
|                | 令和３年度介護報酬改定によるADL維持等加算（Ⅰ）又は（Ⅱ）の届出を行っていない                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> | 該当   |  |
|                | 令和５年３月３１日までの措置である                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> | 該当   |  |
| 認知症加算          | 指定地域密着型サービス基準第20条第１項第２号又は第３号に規定する員数に加え、看護職員又は介護職員を常勤換算方法で２以上確保している。                                                                                                      | <input type="checkbox"/> | 該当   |  |
|                | 指定地域密着型通所介護事業所における前年度又は算定日が属する月の前３月間の利用者の総数のうち、日常生活に支障を来すおそれのある症状又は行動が認められることから介護を必要とする認知症の者（日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はⅤに該当する者）の占める割合が100分の20以上である。                                | <input type="checkbox"/> | 2割以上 |  |
|                | 指定地域密着型通所介護を行う時間帯を通じて、専ら当該指定地域密着型通所介護の提供に当たる認知症介護の指導に係る専門的な研修、認知症介護に係る専門的な研修又は認知症介護に係る実践的な研修等を修了した者（認知症介護指導者養成研修、認知症看護に係る適切な研修、認知症介護実践リーダー研修、認知症介護実践者研修の修了者）を１名以上配置している。 | <input type="checkbox"/> | 配置   |  |
| 若年性認知症利用者受入加算  | 受け入れた若年性認知症利用者（初老期における認知症によって要介護者となった者）ごとに個別に担当者を定めている。                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> | 該当   |  |
|                | 担当者を中心に、当該利用者の特性やニーズに応じたサービス提供を行っている。                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> | 該当   |  |

| 点検項目              | 点検事項                                                                                  | 点検結果                     |         |                  |
|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|---------|------------------|
| 栄養アセスメント加算        | 当該事業所の従業者又は外部との連携により管理栄養士を1名以上配置                                                      | <input type="checkbox"/> | 配置      |                  |
|                   | 利用者ごとに管理栄養士等（管理栄養士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職員）が共同で栄養アセスメントを3ヶ月に1回以上行い、利用者、家族に結果を説明し、相談等に対応 | <input type="checkbox"/> | 実施      |                  |
|                   | 定員、人員基準に適合                                                                            | <input type="checkbox"/> | 該当      |                  |
|                   | 利用者ごとの栄養状態等の情報を厚生労働省（LIFE）へ提出し、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                      | <input type="checkbox"/> | 実施      |                  |
| 栄養改善加算            | 当該事業所の従業者として又は外部との連携により管理栄養士を1名以上配置                                                   | <input type="checkbox"/> | 配置      |                  |
|                   | 管理栄養士、看護・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配慮した栄養ケア計画の作成                      | <input type="checkbox"/> | あり      | 栄養ケア計画(参考様式)     |
|                   | 利用者等に対する計画の説明及び同意の有無                                                                  | <input type="checkbox"/> | あり      |                  |
|                   | 栄養計画に従い、管理栄養士等が（必要に応じて居宅を訪問し）栄養改善サービスの提供、栄養状態等の記録                                     | <input type="checkbox"/> | あり      | 栄養ケア提供経過記録(参考様式) |
|                   | 栄養ケア計画の評価、介護支援専門員や主治の医師に対する情報提供                                                       | <input type="checkbox"/> | 3月ごとに実施 | 栄養ケアモニタリング(参考様式) |
|                   | 定員、人員基準に適合                                                                            | <input type="checkbox"/> | あり      |                  |
| 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ） | 月の算定回数                                                                                | <input type="checkbox"/> | 2回以下    |                  |
|                   | 利用開始時および利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態及び栄養状態について確認し情報を担当の介護支援専門員に提供                              | <input type="checkbox"/> | 該当      |                  |
|                   | 定員、人員基準に適合                                                                            | <input type="checkbox"/> | 該当      |                  |
|                   | 栄養アセスメント加算を算定している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      | <input type="checkbox"/> | 非該当     |                  |
|                   | 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                           | <input type="checkbox"/> | 非該当     |                  |

| 点検項目              | 点検事項                                                                             | 点検結果                     |         |                           |
|-------------------|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|---------|---------------------------|
| 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ） | （１）（２）のいずれかに適合する                                                                 |                          |         |                           |
|                   | （１）いずれも適合<br>利用開始時および利用中６月ごとに利用者の口腔の健康状態について確認し情報を担当の介護支援専門員に提供                  | <input type="checkbox"/> | 該当      |                           |
|                   | 定員、人員基準に適合                                                                       | <input type="checkbox"/> | 該当      |                           |
|                   | 栄養アセスメント加算を算定している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 | <input type="checkbox"/> | 該当      |                           |
|                   | 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                      | <input type="checkbox"/> | 非該当     |                           |
|                   | （２）いずれも適合<br>利用開始時および利用中６月ごとに利用者の栄養状態について確認し情報を担当の介護支援専門員に提供                     | <input type="checkbox"/> | 該当      |                           |
|                   | 定員、人員基準に適合                                                                       | <input type="checkbox"/> | 該当      |                           |
|                   | 栄養アセスメント加算を算定している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 | <input type="checkbox"/> | 非該当     |                           |
| 口腔機能向上加算（Ⅰ）       | 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                      | <input type="checkbox"/> | 該当      |                           |
|                   | 言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員を１名以上配置                                                          | <input type="checkbox"/> | 配置      |                           |
|                   | 言語聴覚士、歯科衛生士、看護・介護職員等による口腔機能改善管理指導計画の作成                                           | <input type="checkbox"/> | なし      | 口腔機能改善管理指導計画・管理指導計画（参考様式） |
|                   | 医療における対応の必要性の有無                                                                  | <input type="checkbox"/> | なし      |                           |
|                   | 利用者等に対する計画の説明及び同意の有無                                                             | <input type="checkbox"/> | あり      |                           |
|                   | 計画に基づく言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員による口腔機能向上サービスの提供、定期的な記録作成                                 | <input type="checkbox"/> | あり      | 口腔機能改善管理指導計画・管理指導計画（参考様式） |
|                   | 利用者毎の計画の進捗状況を定期的に評価、ケアマネ等への情報提供                                                  | <input type="checkbox"/> | ３月ごとに実施 | 口腔機能向上サービスのモニタリング（参考様式）   |
|                   | 定員、人員基準に適合                                                                       | <input type="checkbox"/> | あり      |                           |
|                   | 月の算定回数                                                                           | <input type="checkbox"/> | ２回以下    |                           |

| 点検項目        | 点検事項                                                                                                                                                             | 点検結果                             |                           |
|-------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|---------------------------|
| 口腔機能向上加算（Ⅱ） | 言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員を1名以上配置                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> 配置      |                           |
|             | 言語聴覚士、歯科衛生士、看護・介護職員等による口腔機能改善管理指導計画の作成                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> あり      | 口腔機能改善管理指導計画・管理指導計画(参考様式) |
|             | 計画に基づく言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員による口腔機能向上サービスの提供、定期的な記録作成                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> あり      | 口腔機能改善管理指導計画・管理指導計画(参考様式) |
|             | 利用者毎の計画の進捗状況を定期的に評価、ケアマネ等への情報提供                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> 3月ごとに実施 | 口腔機能向上サービスのモニタリング(参考様式)   |
|             | 利用者等に対する計画の説明及び同意の有無                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> あり      |                           |
|             | 定員、人員基準に適合                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> あり      |                           |
|             | 月の算定回数                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> 2回以下    |                           |
|             | 利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画等の内容等の情報を厚生労働省（LIFE）へのデータ提出とフィードバックの活用                                                                                                         | <input type="checkbox"/> 該当      |                           |
|             | 定員、人員基準に適合                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> あり      |                           |
|             | 月の算定回数                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> 2回以下    |                           |
|             | 歯科医療を受診している場合は、医療保険の摂食機能療法を算定していない、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している                                                                                 | <input type="checkbox"/> 該当      |                           |
| 科学的介護推進体制加算 | 利用者ごとのADL値（ADLの評価に基づき測定し値）、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の利用者の心身の状況等に係る基本的な情報を、厚生労働省（LIFE）に提出                                                                               | <input type="checkbox"/> 実施      |                           |
|             | 必要に応じて認知症対応型通所介護計画を見直すなど、指定認知症対応型通所介護の提供に当たって、厚生労働省に提出する情報その他指定認知症対応型通所介護を適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用している                                                             | <input type="checkbox"/> 実施      |                           |
| 同一建物減算      | 指定地域密着型通所介護事業所と同一建物に居住する者又は指定地域密着型通所介護事業所と同一建物から当該指定地域密着型通所介護事業所に通う者に対し指定地域密着型通所介護を行った場合（傷病により一時的に送迎が必要であると認められる利用者その他やむを得ない事情により送迎が必要と認められる利用者に対して送迎を行った場合を除く。） | <input type="checkbox"/> 該当      |                           |
| 送迎減算        | 指定地域密着型通所介護事業所の従業者が、利用者に対し、その居宅と指定地域密着型通所介護事業所との間の送迎を行わない場合                                                                                                      | <input type="checkbox"/> 該当      |                           |

| 点検項目            | 点検事項                                                                                                                                                             | 点検結果                                                                                      |             |
|-----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| サービス提供体制強化加算（Ⅰ） | 1 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<br>2 介護職員の総数のうち勤続年数が10年以上の介護福祉士の占める割合が100分の25以上<br>3 定員、人員基準に適合                                                                | <input type="checkbox"/> いずれか該当<br><input type="checkbox"/> 該当                            |             |
| サービス提供体制強化加算（Ⅱ） | 1 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<br>2 定員、人員基準に適合                                                                                                                | <input type="checkbox"/> 3割以上<br><input type="checkbox"/> 該当                              |             |
| サービス提供体制強化加算（Ⅲ） | 1 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<br>2 勤続年数7年以上の介護福祉士が100分の30以上<br>3 定員、人員基準に適合                                                                                  | <input type="checkbox"/> いずれか該当<br><input type="checkbox"/> 該当                            |             |
| サービス提供体制強化加算Ⅲイ  | 1 直接提供する職員のうち勤続年数7年以上の職員が100分の30以上<br>2 定員、人員基準に適合                                                                                                               | <input type="checkbox"/> 該当<br><input type="checkbox"/> 該当                                |             |
| サービス提供体制強化加算Ⅲロ  | 1 サービスを直接提供する職員のうち勤続年数3年以上の職員が100分の30以上<br>2 定員、人員基準に適合                                                                                                          | <input type="checkbox"/> 該当<br><input type="checkbox"/> 該当                                |             |
| 介護職員処遇改善加算（Ⅰ）   | 1 賃金改善に関する計画の策定、計画に基づく措置                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> あり                                                               | 介護職員処遇改善計画書 |
|                 | 2 介護職員処遇改善計画書の作成、周知、届出                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> あり                                                               | 介護職員処遇改善計画書 |
|                 | 3 賃金改善の実施                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> あり                                                               |             |
|                 | 4 処遇改善に関する実績の報告                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> あり                                                               | 実績報告書       |
|                 | 5 前12月間に法令違反し、罰金以上の刑                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> なし                                                               |             |
|                 | 6 労働保険料の納付                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 適正に納付                                                            |             |
|                 | 7 次の（1）～（3）のいずれにも適合                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/>                                                                  |             |
|                 | （1）任用の際の職責又は職務内容等の要件を书面で作成し、全ての介護職員に周知<br>（2）資質の向上の支援に関する計画の策定、研修の実施又は研修の機会を確保し、全ての介護職員に周知<br>（3）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、全ての介護職員に周知 | <input type="checkbox"/> あり<br><input type="checkbox"/> あり<br><input type="checkbox"/> あり | 研修計画書       |
|                 | 8 処遇改善の内容（賃金改善を除く）及び処遇改善に要する費用の見込額を全ての職員に周知                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> あり                                                               |             |



| 点検項目              | 点検事項                                                                                                                      | 点検結果                                                                                   |             |
|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| 介護職員処遇改善加算<br>(Ⅱ) | 1 賃金改善に関する計画の策定、計画に基づく措置                                                                                                  | <input type="checkbox"/> あり                                                            | 介護職員処遇改善計画書 |
|                   | 2 介護職員改善計画書の作成、周知、届出                                                                                                      | <input type="checkbox"/> あり                                                            | 介護職員処遇改善計画書 |
|                   | 3 賃金改善の実施                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> あり                                                            |             |
|                   | 4 処遇改善に関する実績の報告                                                                                                           | <input type="checkbox"/> あり                                                            | 実績報告書       |
|                   | 5 前12月間に法令違反し、罰金以上の刑                                                                                                      | <input type="checkbox"/> なし                                                            |             |
|                   | 6 労働保険料の納付                                                                                                                | <input type="checkbox"/> 適正に納付                                                         |             |
|                   | 7 次の(1)、(2)のいずれにも適合<br>(1)任用の際の職責又は職務内容等の要件を書面で作成し、<br>全ての介護職員に周知<br>(2)資質の向上の支援に関する計画の策定、研修の実施又は<br>研修の機会を確保し、全ての介護職員に周知 | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> あり<br><input type="checkbox"/> あり | 研修計画書       |
|                   | 8 処遇改善の内容(賃金改善を除く)及び処遇改善に要する<br>費用の見込額を全ての職員に周知                                                                           | <input type="checkbox"/> あり                                                            |             |
| 介護職員処遇改善加算<br>(Ⅲ) | 1 賃金改善に関する計画の策定、計画に基づく措置                                                                                                  | <input type="checkbox"/> あり                                                            | 介護職員処遇改善計画書 |
|                   | 2 介護職員処遇改善計画書の作成、周知、届出                                                                                                    | <input type="checkbox"/> あり                                                            | 介護職員処遇改善計画書 |
|                   | 3 賃金改善の実施                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> あり                                                            |             |
|                   | 4 処遇改善に関する実績の報告                                                                                                           | <input type="checkbox"/> あり                                                            | 実績報告書       |
|                   | 5 前12月間に法令違反し、罰金以上の刑                                                                                                      | <input type="checkbox"/> なし                                                            |             |
|                   | 6 労働保険料の納付                                                                                                                | <input type="checkbox"/> 適正に納付                                                         |             |
|                   | 7 次の(1)、(2)のいずれかに適合<br>(1)任用の際の職責又は職務内容等の要件を書面で作成し、全<br>ての介護職員に周知<br>(2)資質の向上の支援に関する計画の策定、研修の実施又は研<br>修の機会を確保し、全ての介護職員に周知 | <input type="checkbox"/> あり<br><input type="checkbox"/> あり                             | 研修計画書       |
|                   | 8 処遇改善の内容(賃金改善を除く)及び処遇改善に要する<br>費用の見込額を全ての職員に周知                                                                           | <input type="checkbox"/> あり                                                            |             |

| 点検項目             | 点検事項                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 点検結果                     |    |                |
|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----|----------------|
| 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ) | 1 次の(一)、(二)、(三)、(四)のいずれにも該当し、賃金改善に要する費用の見込額が当該加算の算定見込額を上回る賃金改善計画の策定、計画に基づく措置の実施<br>(一) 経験・技能のある介護職員のうち一人は、賃金改善に要する費用の見込み額が月額8万円以上又は年額440万円以上<br>(二) 指定通所介護事業所における経験・技能のある介護職員の賃金改善に要する費用の見込額の平均が介護職員(経験・技能のある介護職員を除く)の賃金改善に要する費用の見込額の平均を上回っている<br>(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(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を除く)<br>(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 | <input type="checkbox"/> | 該当 | 介護職員等特定処遇改善計画書 |
|                  | 2 介護職員等特定処遇改善計画書の作成、周知、届出                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> | あり | 介護職員等特定処遇改善計画書 |
|                  | 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の実施                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> | あり |                |
|                  | 4 処遇改善の実施の報告                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> | あり | 実績報告書          |
|                  | 5 サービス提供体制強化加算(Ⅰ)又は(Ⅱ)の届出                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> | あり |                |
|                  | 6 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)から(Ⅲ)までのいずれかを算定                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> | あり |                |
|                  | 7 処遇改善の内容(賃金改善を除く)及び処遇改善に要する費用の見込額を全ての職員に周知                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> | あり |                |
|                  | 8 処遇改善の内容(賃金改善を除く)等についてインターネットの利用その他の適切な方法で公表                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> | あり |                |

| 点検項目             | 点検事項                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 点検結果                     |    |                |
|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----|----------------|
| 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ) | 1 次の(一)、(二)、(三)、(四)のいずれにも該当し、賃金改善に要する費用の見込額が当該加算の算定見込額を上回る賃金改善計画の策定、計画に基づく措置の実施<br>(一) 経験・技能のある介護職員のうち一人は、賃金改善に要する費用の見込額が月額8万円以上又は年額440万円以上<br>(二) 指定通所介護事業所における経験・技能のある介護職員の賃金改善に要する費用の見込額の平均が介護職員(経験・技能のある介護職員を除く)の賃金改善に要する費用の見込額の平均を上回っている<br>(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(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を除く)<br>(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 | <input type="checkbox"/> | 該当 | 介護職員等特定処遇改善計画書 |
|                  | 2 介護職員等特定処遇改善計画書の作成、周知、届出                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> | あり | 介護職員等特定処遇改善計画書 |
|                  | 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の実施                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> | あり |                |
|                  | 4 処遇改善の実施の報告                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> | あり | 実績報告書          |
|                  | 5 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)から(Ⅲ)までのいずれかを算定                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> | あり |                |
|                  | 6 処遇改善の内容(賃金改善を除く)及び処遇改善に要する費用の見込額を全ての職員に周知                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> | あり |                |
|                  | 7 処遇改善の内容(賃金改善を除く)等についてインターネットの利用その他の適切な方法で公表                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> | あり |                |