

令和4年度版  
自主点検表  
(介護報酬編)  
(地域密着型通所介護)

事業所番号: 11

---

事業所名:

---

点検年月日:       年   月   日( )

---

点検担当者:

---

届出状況	算定状況	点検項目	点検事項	点検結果		確認書類
有・無		所要時間による区分	3時間以上4時間未満 要介護1 415単位 要介護2 476単位 要介護3 538単位 要介護4 598単位 要介護5 661単位	<input type="checkbox"/>	実施	地域密着型通所介護計画、居宅サービス計画、サービス提供票
			4時間以上5時間未満 要介護1 435単位 要介護2 499単位 要介護3 564単位 要介護4 627単位 要介護5 693単位	<input type="checkbox"/>	実施	
			5時間以上6時間未満 要介護1 655単位 要介護2 773単位 要介護3 893単位 要介護4 1,010単位 要介護5 1,130単位	<input type="checkbox"/>	実施	
			6時間以上7時間未満 要介護1 676単位 要介護2 798単位 要介護3 922単位 要介護4 1,045単位 要介護5 1,168単位	<input type="checkbox"/>	実施	
			7時間以上8時間未満 要介護1 750単位 要介護2 887単位 要介護3 1,028単位 要介護4 1,168単位 要介護5 1,308単位	<input type="checkbox"/>	実施	
			8時間以上9時間未満 要介護1 780単位 要介護2 922単位 要介護3 1,068単位 要介護4 1,216単位 要介護5 1,360単位	<input type="checkbox"/>	実施	
			送迎時の居宅内介助等の実施	送迎時に実施した居宅内での介助等（着替え、ベッド・車椅子への移乗、戸締り等）に要する時間を所要時間を含めている。	<input type="checkbox"/>	
有・無	1日30分以内を限度としている。	<input type="checkbox"/>	満たす	<input type="checkbox"/>	満たさない	
	居宅サービス計画及び地域密着型通所介護計画に位置付けている。	<input type="checkbox"/>	満たす	<input type="checkbox"/>	満たさない	
	居宅内の介助等を行う者が、介護福祉士、実務者研修修了者、介護職員基礎研修課程修了者、一級課程修了者、介護職員初任者研修修了者（二級課程修了者を含む）、看護職員、機能訓練指導員又は当該事業所における勤続年数と同一法人の経営する他の介護サービス事業所、医療機関、社会福祉施設等においてサービスを利用者に直接提供する職員としての勤続年数との合計が3年以上の介護職員である。	<input type="checkbox"/>	満たす	<input type="checkbox"/>	満たさない	資格証、雇用契約書

届出状況	算定状況	点検項目	点検事項	点検結果		確認書類
	有・無	施設基準に掲げる区分の地域密着型通所介護費	利用者の要介護状態区分（要介護1～5）に応じて算定（月途中の区分変更）に注意	<input type="checkbox"/> 合致	<input type="checkbox"/> 合致しない	受給資格等の確認
			地域密着型通所介護計画に位置付けられた内容を行うのに要する標準的な時間で算定	<input type="checkbox"/> 満たす	<input type="checkbox"/> 満たさない	地域密着型通所介護計画、サービス提供票
			居宅サービス計画に沿い地域密着型通所介護を実施	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施しない	居宅サービス計画、実施記録
有・無	有・無	人員基準欠如減算（人員基準上必要とされる員数から1割を超えて減少した場合）	看護職員及び介護職員を毎営業日欠けることなく配置している。	<input type="checkbox"/> 合致	<input type="checkbox"/> 合致しない	出勤簿、勤務表、業務日誌
			人員欠如が発生した翌月から、人員欠如が解消されるに至った月まで利用者全員について減算を適用したことがある。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 該当しない	
			①看護職員 「サービス提供日に配置された延べ人数」÷「サービス提供日数」< 0.9	<input type="checkbox"/> 減算		
			②介護職員 「当該月に配置された職員の勤務延べ時間数」÷「当該月に配置すべき職員の勤務延べ時間数」< 0.9	<input type="checkbox"/> 減算		
有・無	有・無	人員基準欠如減算（人員基準上必要とされる員数から1割の範囲内で減少した場合）	看護職員及び介護職員を毎営業日欠けることなく配置している。	<input type="checkbox"/> 合致	<input type="checkbox"/> 合致しない	出勤簿、勤務表、業務日誌
			人員欠如が発生した翌々月から、人員欠如が解消されるに至った月まで、利用者等全員について減算を適用したことがある。（翌月の末日に人員基準を満たすに至っている場合を除く）	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 該当しない	
			①看護職員 0.9 ≤ 「サービス提供日に配置された延べ人数」 ÷ 「サービス提供日数」 < 1.0	<input type="checkbox"/> 減算		
			②介護職員 0.9 ≤ 「当該月に配置された職員の勤務延べ時間数」 ÷ 「当該月に配置すべき職員の勤務延べ時間数」 < 1.0	<input type="checkbox"/> 減算		
	有・無	定員超過利用減算	運営規程に定められた利用定員以内の利用者数で毎営業日運営している。	<input type="checkbox"/> 合致	<input type="checkbox"/> 合致しない	業務日誌
			定員超過利用（1ヶ月の利用者数の平均が利用定員を超える）が発生した翌月から、定員超過が解消されるに至った月まで、利用者等全員について減算を適用したことがある。 「1ヶ月（暦月）のサービス提供日ごとの同時にサービス提供を受けた者の最大数の合計」 ÷ 「サービス提供日数」 > 利用定員	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 該当しない	
			災害、虐待等の受入等やむを得ない利用による定員超過利用は減算は行わない。また、やむを得ない理由により受け入れた利用者は、平均利用者数に含めない	<input type="checkbox"/> 合致	<input type="checkbox"/> 合致しない	

届出状況	算定状況	点検項目	点検事項	点検結果		確認書類
	有・無	2時間以上3時間未満の地域密着型通所介護	利用者のやむを得ない事情により長時間のサービス利用が困難	<input type="checkbox"/> 満たす	<input type="checkbox"/> 満たさない	利用者に関する記録(アセスメント等)
			2時間以上3時間未満のサービス提供	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施しない	実施記録
有・無	有・無	感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少	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、市長に届け出た場合事業所において、地域密着型通所介護を行った場合には、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るか。 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要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、当該加算の機関が終了した月の翌月から3月以内に限り、引き続き算定することができる。	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施していない	実施記録 市への届出
有・無	有・無	8時間以上9時間未満の地域密着型通所介護に連続して行う延長サービス(日常生活上の世話)	8時間以上9時間未満のサービス提供	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施しない	地域密着型通所介護計画、サービス提供票
			9時間以上10時間未満	<input type="checkbox"/> 50単位		実施記録
			10時間以上11時間未満	<input type="checkbox"/> 100単位		実施記録
			11時間以上12時間未満	<input type="checkbox"/> 150単位		実施記録
			12時間以上13時間未満	<input type="checkbox"/> 200単位		実施記録
			13時間以上14時間未満	<input type="checkbox"/> 250単位		実施記録
			利用後宿泊する場合や、宿泊翌日にサービス提供を受ける場合は算定不可	<input type="checkbox"/> 算定せず	<input type="checkbox"/> 算定	実施記録
有・無	有・無	共生型通所介護	共生型通所介護を行う指定生活介護事業者(100分の93)	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 該当しない	
			共生型通所介護を行う指定自立訓練(機能訓練)事業者(100分の95)	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 該当しない	
			共生型通所介護を行う指定児童発達支援事業者(100分の90)	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 該当しない	
			共生型通所介護を行う指定放課後等デイサービス事業者(100分の90)	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 該当しない	
有・無	有・無	生活相談員配置等加算(1日につき13単位)	共生型通所介護事業所に生活相談員を配置し、かつ、地域に貢献する活動を実施している。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 該当しない	出勤簿、勤務表、業務日誌
有・無	有・無	中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算(1日につき所定単位数の100分の5)	厚生労働大臣が定める中山間地域等の地域に利用者が居住	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 該当しない	利用者の基本情報
			通常の事業実施地域を越えてサービスを提供	<input type="checkbox"/> 合致	<input type="checkbox"/> 合致しない	運営規程
			別途、交通費の支払いを受けていない	<input type="checkbox"/> 合致	<input type="checkbox"/> 合致しない	領収証
有・無	有・無	入浴加算・入用介助加算(I):40単位/日	入浴介助を適切に行うことのできる人員及び設備	<input type="checkbox"/> 満たす	<input type="checkbox"/> 満たさない	勤務表、入浴設備
			通所計画上の位置付け	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	地域密着型通所介護計画
			入浴介助の実施	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施しない	実施記録

届出 状況	算定 状況	点検項目	点検事項	点検結果		確認書類
有・無	有・無	・入浴介助加算(Ⅱ)：55 単位/日	次のいずれにも適合すること。			勤務表、入浴設備 地域密着型通所介護計画 実施記録
			ア 入浴介助を適切に行うことができる人員及び設備	<input type="checkbox"/> 満たす	<input type="checkbox"/> 満たさない	
			イ 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ること。当該訪問において、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、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、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うこと。	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施していない	
			ウ 当該指定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(以下「機能訓練指導員等」という。)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当該居宅の浴室の環境等を踏まえて個別の入浴計画を作成すること。	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施していない	
			エ アの入浴計画に基づき、個浴(個別の入浴をいう。以下同じ。)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うこと。	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施していない	

届出状況	算定状況	点検項目	点検事項	点検結果		確認書類
有・無	有・無	中重度者ケア体制加算： 45単位/日	指定基準上の介護職員又は看護職員の員数に加え、看護職員又は介護職員を常勤換算方法で2以上確保している。 (職員数の算定方法) 暦月ごとの看護職員又は介護職員の勤務延時間数÷常勤職員が勤務すべき時間数	<input type="checkbox"/> 配置	<input type="checkbox"/> 配置しない	出勤簿、勤務表、資格証
			※ 常勤換算方法を計算する際の勤務延べ時間数については、サービス提供時間前後の延長加算を算定する際に配置する看護職員又は介護職員の勤務時間数は含めない 常勤換算方法による員数については、小数点第2位切り捨て。			
			サービス提供時間帯を通じて専任の看護職員を1名以上配置している。	<input type="checkbox"/> 配置	<input type="checkbox"/> 配置しない	割合についての記録
			前年度(又は算定月の前3月間)の利用者総数のうち、要介護3、4、5の者の占める割合が3割以上	<input type="checkbox"/> 合致	<input type="checkbox"/> 合致しない	
			※ 前年度(3月を除く)又は算定月の前3月間の1月当たりの実績の平均について、利用実人員数又は利用延べ人員数を用いて算定するものとし、要支援者に関しては人員数に含めない。			
			前3月の実績により届出を行った場合、届出を行った月以降においても、直近3月間の利用者の割合につき継続的に維持しており、その割合について毎月記録している。	<input type="checkbox"/> 合致	<input type="checkbox"/> 合致しない	
			中重度の要介護者であっても社会性の維持を図り在宅生活の継続に資するケアを計画的に実施するプログラムを作成している。	<input type="checkbox"/> 作成	<input type="checkbox"/> 作成しない	中重度者に対するケアの実施プログラム
看護職員の配置のない日は算定不可	<input type="checkbox"/> 算定せず	<input type="checkbox"/> 算定				
有・無	有・無	生活機能向上連携加算 ・生活機能向上連携加算(I)：100単位/月	次のいずれにも該当すること。			委託契約書(協定書)、アセスメント票、個別機能訓練計画書
			ア 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(以下「理学療法士等」という。)の助言に基づき、当該指定通所介護事業所、指定地域密着型通所介護事業所、指定認知症対応型通所介護事業所又は通所サービス事業所の機能訓練指導員等が共同してアセスメント、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ること。	<input type="checkbox"/> 作成	<input type="checkbox"/> 作成しない	

届出状況	算定状況	点検項目	点検事項	点検結果		確認書類
有・無	有・無		イ 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た機能訓練を適切に提供していること。	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施していない	委託契約書（協定書）、アセスメント票、個別機能訓練計画書
			ウ アの評価に基づき、個別機能訓練計画の進捗状況等を三月ごとに一回以上評価し、利用者又はその家族に対し、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、必要に応じて訓練内容の見直し等を行っていること。	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施していない	
有・無	有・無	・生活機能向上連携加算（Ⅱ）：200単位/月 ただし、個別機能訓練加算を算定している場合は1月につき100単位）	ア 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理学療法士等が、当該指定通所介護事業所、指定地域密着型通所介護事業所、指定認知症対応型通所介護事業所又は通所型サービス事業所を訪問し、当該事業所の機能訓練指導員等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ること。	<input type="checkbox"/> 作成	<input type="checkbox"/> 作成しない	委託契約書（協定書）、アセスメント票、個別機能訓練計画書
			イ 個別機能訓練計画に基づき、利用者の身体機能又は生活機能の向上を目的とする機能訓練の項目を準備し、機能訓練指導員が、利用者の心身の状況に応じて計画的に機能訓練を適切に提供する。	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施していない	
			ウ アの評価に基づき、個別機能訓練計画の進捗状況等を三月ごとに一回以上評価し、利用者又はその家族に対し、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、必要に応じて訓練内容の見直し等を行っていること。	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施していない	
有・無	有・無	個別機能訓練加算（Ⅰ）イ：1日につき56単位  「通所介護及び短期入所生活介護における個別機能訓練加算に関する事務処理手順例及び様式例の提示について」参照（H27.3.27厚生労働省老健局振興課長通知）	ア 次に掲げる基準のいずれにも適合すること			
			（１）専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士、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月以上機能訓練に従事した経験を有する者に限る。）（以下この号において「理学療法士等」という。）を1名以上配置していること。	<input type="checkbox"/> 配置	<input type="checkbox"/> 配置しない	出勤簿、勤務表、雇用契約書、組織体制図、資格証、個別機能訓練計画書
			（２）機能訓練指導員が共同して、利用者ごとに個別機能訓練計画を作成し、当該計画に基づき、理学療法士等が計画的に機能訓練を行なっていること。	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施していない	個別機能訓練計画書

届出状況	算定状況	点検項目	点検事項	点検結果		確認書類
有・無	有・無		(3) 個別機能訓練計画の作成及び実施において、利用者の身体機能お飛び生活機能の向上に資するよう複数の種類の機能訓練の項目を準備し、その項目の選択に当たっては、利用者の生活意欲が増進されるよう利用者を援助し、利用者の選択に基づき、心身の状況に応じた機能訓練を適切に行っていること。	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施していない	個別機能訓練計画書、評価の記録、訪問記録利用者に関する記録（アセスメント等）
			(4) 機能訓練指導員等が利用者の居宅を訪問し、利用者の居宅での生活状況を確認した上で、個別機能訓練計画を作成すること。また、その後三月ごとに一回以上、利用者の居宅を訪問した上で、当該利用者の居宅での生活状況をその都度確認するとともに、当該利用者又はその家族に対して、個別機能訓練計画の進捗状況等を説明し、必要に応じて個別機能訓練計画の見直し等を行っていること。	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施していない	個別機能訓練計画書、評価の記録、訪問記録利用者に関する記録（アセスメント等）
			(5) 定員超過利用、人員基準欠如に該当していないこと。	<input type="checkbox"/> 合致	<input type="checkbox"/> 合致しない	出勤簿、勤務表、訪問記録
有・無	有・無	個別機能訓練加算(I) □:1日につき85単位	イ 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。			
			(1) イ(1)で配置された理学療法士等に加えて、専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等を指定地域密着型通所介護を行う時間帯を通じて一名以上配置していること。	<input type="checkbox"/> 配置	<input type="checkbox"/> 配置しない	出勤簿、勤務表、雇用契約書、組織体制図、資格証、個別機能訓練計画書
			(2) イ(2)から(5)までに掲げる基準のいずれにも適合すること。	<input type="checkbox"/> 合致	<input type="checkbox"/> 合致しない	
有・無	有・無	個別機能訓練加算(II) 1日につき20単位 ※(I)に上乗せして算定。  「通所介護及び短期入所生活介護における個別機能訓練加算に関する事務処理手順例及び様式例の提示について」参照(H27.3.27厚生労働省老健局振興課長通知)	ウ 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。			
			(1) イ(2)から(5)までに掲げる基準のいずれにも適合すること。	<input type="checkbox"/> 合致	<input type="checkbox"/> 合致しない	出勤簿、勤務表、雇用契約書、組織体制図、資格証、個別機能訓練計画書
			(2) 利用者ごとの個別機能訓練計画書の内容等の情報を厚生労働省に提出し、機能訓練の実施に当たって、当該情報その他機能訓練の適切なかつ有効な実施のために必要な情報を活用している。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 該当市内	個別機能訓練計画書
有・無	有・無	認知症加算 1日につき60単位  ※共生型通所介護費を算定している場合算定不可	指定基準上の介護職員又は看護職員の員数に加え、看護職員又は介護職員を常勤換算方法で2以上確保（職員数の算定方法） 暦月ごとの看護職員又は介護職員の勤務延時間数÷常勤職員が勤務すべき時間数	<input type="checkbox"/> 配置	<input type="checkbox"/> 配置しない	出勤簿、勤務表
			前年度（又は算定月の前3月間）の利用者総数のうち、介護を必要とする認知症の者（日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ、Ⅴ）の占める割合が2割以上	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 該当しない	割合についての記録
			前3月の実績により届出を行った場合、届出を行った月以降においても、直近3月間の利用者の割合につき継続的に維持しており、その割合について毎月記録しているか。	<input type="checkbox"/> 合致	<input type="checkbox"/> 合致しない	

届出状況	算定状況	点検項目	点検事項	点検結果		確認書類
有・無	有・無		サービス提供時間帯を通じて認知症介護に係る一定の研修の修了者又は認知症について専門性の高い看護師を1名以上配置（研修：認知症介護指導者養成研修、認知症介護実践リーダー研修、認知症介護実践者研修）	<input type="checkbox"/> 配置	<input type="checkbox"/> 配置しない	資格証、出勤簿、勤務表
			加算の対象者は、日常生活自立度がランクⅢ、Ⅳ又はMであること。（中重度者ケア体制加算の算定要件も満たす場合には、両方の算定可）	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 該当しない	
			認知症の症状の進行の緩和に資するケアを計画的に実施するプログラムの作成している。	<input type="checkbox"/> 作成	<input type="checkbox"/> 作成していない	認知症の症状緩和に資するケアの実施プログラム
			加算算定対象者が利用している日に研修修了者の配置がない場合、算定不可	<input type="checkbox"/> 算定せず	<input type="checkbox"/> 算定	
有・無	有・無	若年性認知症利用者受入加算 1日につき60単位	加算の対象者は、初老期における認知症によって要介護者となった者。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 該当しない	利用者の基本情報
			認知症加算を算定している場合は、算定していない。	<input type="checkbox"/> 算定せず	<input type="checkbox"/> 算定	
			若年性認知症利用者ごとに個別の担当者（介護職員）を定める。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 該当しない	地域密着型通所介護計画、実施記録
			担当者を中心に、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"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施しない	

届出状況	算定状況	点検項目	点検事項	点検結果		確認書類
有・無	有・無	ADL維持等加算(Ⅰ) 1月につき30単位  「ADL維持等加算に関する事務処理手順及び様式例について」参照(H30.4.6厚生労働省老健局振興課長通知)	ア 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。			
			(1) 評価対象者(事業者又は施設の利用期間(2)において「評価対象利用期間」という。)が六月を超える者をいう。以下この号において同じ。)の総数が十人以上であること。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 該当しない	利用者に関する記録、介護給付費明細書
			(2) 評価対象者全員について、評価対象利用期間の初月(以下「評価対象利用開始月」という。)と、当該月の翌月から起算して六月目(六月目にサービスの利用がない場合については当該サービスの利用があった最初の月)においてADLを評価し、その評価に基づく値(以下「ADL値」という。)を測定し、測定した日が属する月ごとに厚生労働大臣に当該測定を提出していること。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 該当しない	
(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六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産出した値(以下「ADL利得」という。)の平均値が一以上であること。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 該当しない				
有・無	有・無	ADL維持等加算(Ⅱ) 1月につき60単位  「ADL維持等加算に関する事務処理手順及び様式例について」参照(H30.4.6厚生労働省老健局振興課長通知)	イ 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。			
			(1) ADL維持等加算(Ⅰ)の(1)及び(2)の基準に適合するものであること。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 該当しない	利用者に関する記録、ADL値の記録、介護給付費明細書
			(2) 評価対象のADL利得の平均値が二以上であること。  ※(Ⅰ)・(Ⅱ)は併算定不可	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 該当しない	ADL値の記録、介護給付費明細書
有・無	有・無	ADL維持等加算(Ⅰ)・(Ⅱ)共通	ADLの評価は、一定の研修を受けた者により、Barthel Indexを用いて行っているか	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施していない	利用者に関する記録、ADL値の記録、介護給付費明細書
			上記ADL維持加算(Ⅰ)(2)におけるADL値の提出はLIFEを使用しているか。	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施していない	
			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(その数に1未満の端数が生じたときは、これを切り捨てるものとする。)及び下位100分の10に相当する利用者(その数に1未満の端数が生じたときは、これを切り捨てるものとする。)を除く利用者(以下「評価対象利用者」という。)としているか。	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施していない	
有・無	有・無	ADL維持等加算(Ⅲ) 1月につき3単位  ※ADL維持等加算(Ⅲ)については、令和5年3月31日まで算定可能	利用者(事業所を連続して6月以上利用し、かつ評価対象利用期間において5時間以上の地域密着型通所介護費の算定回数が5時間未満の地域密着型通所介護費の算定回数を上回る者に限る。)の総数が20人以上である。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 該当しない	

届出 状況	算定 状況	点検項目	点検事項	点検結果		確認書類
有・無	有・無		利用者の総数のうち、評価対象利用開始月において、要介護状態区分が要介護3、4及び5である者の占める割合が15/100以上である。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 該当しない	利用者に関する記録
			利用者の総数のうち、評価対象利用開始月において、初回の要介護又は要支援認定から12月以内である者の占める割合が15/100以下である。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 該当しない	
			利用者の総数のうち、評価対象利用開始月と、当該月から起算して6月目において、機能訓練指導員がADL値を測定し、測定月ごとにその結果を介護給付費明細書の給付明細欄の摘要欄に記載して報告している者の割合が90/100以上である。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 該当しない	ADL値の記録、介護給付費明細書
			ADL利得が多い順に提出者の総数の上位85/100に相当する数(端数切り上げ)の利用者について、次の(一)から(三)までに定める値を合計して得た値が0以上である。 (一) ADL利得が0より大きい利用者…1 (二) ADL利得が0の利用者…0 (三) ADL利得が0未満の利用者…-1	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 該当しない	ADL値の記録
有・無	有・無	栄養アセスメント加算 1月につき50単位  ※ 口腔・栄養スクリーニング加算(I)及び栄養改善加算との併算定は不可。	次に掲げるいずれの基準にも該当しているものとして、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には、栄養アセスメント加算として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るか。			栄養アセスメント記録
			当該事業所の従業者として又は外部(※1)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"/> 配置	<input type="checkbox"/> 配置しない	
			※1 他の介護事業所、医療機関、介護保険施設、日本栄養士会や都道府県栄養士会が設置・運営する「栄養ケア・ステーション」。ただし、介護保険施設については、常勤で1以上又は栄養マネジメント強化加算の算定要件の数を超えて栄養管理士を配置している施設に限る。	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施していない	
			利用者ごとに、管理栄養士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して栄養アセスメントを実施し、当該利用者又はその家族に対してその結果を説明し、相談等に必要に応じ対応すること。	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施していない	
			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。	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施していない	

届出 状況	算定 状況	点検項目	点検事項	点検結果		確認書類
			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"/> 該当	<input type="checkbox"/> 該当しない	
有・無	有・無	栄養改善加算 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	事業所の従業者として又は外部（他の介護事業所、医療機関又は栄養ケア・ステーション）との連携により、管理栄養士を1名以上配置している。	<input type="checkbox"/> 配置	<input type="checkbox"/> 配置しない	出勤簿、勤務表、資格証、委託契約書
		「居宅サービスにおける栄養ケアマネジメント等に関する事務処理手順例及び様式例の提示について」参照（H18.3.31厚生労働省老健局老人保険課長通知）	<p>※ 加算の対象者は、次のいずれかに該当する者であつて、栄養改善サービスの提供が必要であると認められる者であること。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・BMIが18.5未満である者</li> <li>・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</li> <li>・血清アルブミン値が3.5g/dl以下である者</li> <li>・食事摂取量が不良（75%以下）である者</li> <li>・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</li> </ul> <p>なお、次のような問題を有する者については、上記のいずれかの項目に該当するかどうか、適宜確認すること。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・口腔及び摂食・嚥下機能の問題</li> <li>・生活機能の低下の問題</li> <li>・褥瘡に関する問題</li> <li>・食欲の低下の問題</li> <li>・閉じこもりの問題</li> <li>・認知症の問題</li> <li>・うつの問題</li> </ul>			
			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・介護職員等が共同して利用者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮した栄養ケア計画を作成している。	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	利用者又は家族が同意した旨の記録
			作成した栄養ケア計画について、利用者又は家族に説明し、同意を得ている。	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	栄養ケア提供経過記録(参考様式)
			利用者ごとの栄養ケア計画に従い管理栄養士等が栄養改善サービスを提供するとともに、利用者の栄養状態を定期的に記録している。	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	栄養ケア提供経過記録(参考様式)
			栄養改善サービスの提供に当たって、必要に応じ居宅を訪問すること。	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	栄養ケア提供経過記録(参考様式)
			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、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、その結果を介護支援専門員や主治の医師に対して情報提供している。	<input type="checkbox"/> 3月ごとに実施	<input type="checkbox"/> 実施しない	栄養ケアモニタリング(参考様式)
			定員超過利用・人員基準欠如に該当していない。	<input type="checkbox"/> 該当しない	<input type="checkbox"/> 該当	
	月の算定回数	<input type="checkbox"/> 2回以下	<input type="checkbox"/> 3回以上	介護給付費請求書及び明細書		

届出状況	算定状況	点検項目	点検事項	点検結果		確認書類
	有・無	口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ） 1回につき20単位  「居宅サービスにおける栄養ケアマネジメント等に関する事務処理手順例及び様式例の提示について」参照（H18.3.31厚生労働省老健局老人保険課長通知）	介護サービス事業所の従業員が、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及び栄養状態の確認を行いし、当該情報を（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。）を当該利用者の担当する介護支援専門員に情報提供している。 ※ 栄養アセスメント加算、栄養改善加算及び口腔機能向上加算との併算定不可。 ※ 6月に1回を限度。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 該当しない	栄養スクリーニング記録
	有・無		他事業所で既に口腔・栄養スクリーニング加算を算定している場合は算定しない。	<input type="checkbox"/> 合致	<input type="checkbox"/> 合致しない	
			※ 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栄養スクリーニングを継続的に実施すること。			
			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ない。	<input type="checkbox"/> 合致	<input type="checkbox"/> 合致しない	
			※ 栄養スクリーニング加算に基づく栄養スクリーニングの結果、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、栄養スクリーニング加算の算定月でも栄養改善加算を算定できる。			
			定員超過利用・人員基準欠如に該当していない。	<input type="checkbox"/> 該当しない	<input type="checkbox"/> 該当	
	有・無	口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ） 1回につき5単位	利用者が、栄養改善加算や口腔機能向上加算を算定している場合は、口腔の健康状態と栄養状態のいずれかの確認を行い、当該情報を利用者を担当する介護支援専門員に提供していること。 ※ 栄養アセスメント加算、栄養改善加算又は口腔機能向上加算を算定しており加算（Ⅰ）を算定できない場合のみ算定可能。 ※ 6月に1回を限度。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 該当しない	栄養スクリーニング記録
			口腔・栄養スクリーニング加算の算定に当たっては、利用者について、次に掲げるアからエに関する確認を行い、確認した情報を介護支援専門員に対し、提供すること。 イ 口腔スクリーニング a 硬いものは避け、柔らかいものばかりを中心に食べる者 b 入れ歯を使っている者 c むせやすい者 ロ 栄養スクリーニング a BMIは18.5未満である者 b 1～6月間で3%以上の体重の減少が認められる者又は基本チェックリストのNo.11の項目が「1」に該当する者 c 血清アルブミン値が3.5g/dl以下である者 d 食事摂取量が不良（75%以下）である者			

届出状況	算定状況	点検項目	点検事項	点検結果		確認書類
有・無	有・無	口腔機能向上加算（Ⅰ） 1回につき150単位 3月以内の期間に限り1月に2回を限度	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。	<input type="checkbox"/> 配置	<input type="checkbox"/> 配置しない	出勤簿、勤務表、資格証
			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・介護職員等が共同して、利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画の作成している。	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	口腔機能改善管理指導計画
有・無	有・無	「口腔機能向上加算等に関する事務処理手順例及び様式例の提示について」参照（H18.3.31老老発0331008号）	※ 口腔機能向上加算を算定できる利用者は、次のア～ウまでのいずれかに該当する者であって、口腔機能向上サービスの提供が必要と認められる者とする。こと。 ア 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 イ 基本チェックリストの口腔機能に関連するNo.13、14、15の3項目のうち、2項目以上が「1」に該当する者 ウ 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			
			計画に従い言語聴覚士、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及び利用者の口腔機能を定期的に記録している。	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	口腔機能改善管理指導計画
			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している。	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	口腔機能改善管理指導計画
			※ 利用者の口腔状態によっては、医療における対応を要する場合も想定されることから、必要に応じて、介護支援専門員を通じて主治医又は主治の歯科医師への情報提供、受診勧奨などの措置を講じることとする。			

届出 状況	算定 状況	点検項目	点検事項	点検結果		確認書類
有・無	有・無		※ 歯科医療を受診している場合であって、次のア又はイのいずれかに該当する場合には、加算は算定できない。 ア 医療保険において摂食機能療法を算定している場合 イ 医療保険において摂食機能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若しくは実施」を行っていない場合			
			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	<input type="checkbox"/> ない	利用者又は家族が同意した旨の記録
			利用者の口腔機能状態に応じて、定期的に利用者の生活機能の状況を検討し、概ね3月ごとに口腔機能の状態の評価を行い、その結果について介護支援専門員や支持の医師等に対して情報提供している。	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施していない	口腔機能向上サービスのモニタリング
			※ 概ね3月ごとの評価の結果、次のア又はイのいずれかに該当する者であって、継続的に言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員等がサービス提供を行うことにより、口腔機能の向上又は維持の効果が期待できると認められるものについては、継続的に口腔機能向上サービスを提供する。 ア 口腔清潔・唾液分泌・咀嚼・嚥下・食事摂取等の口腔機能の低下が認められる状態の者 イ 当該サービスを継続しないことにより、口腔機能が低下するおそれのある者			
			定員超過利用・人員基準欠如に該当していない。	<input type="checkbox"/> 該当しない	<input type="checkbox"/> 該当	
		月の算定回数	<input type="checkbox"/> 2回以下	<input type="checkbox"/> 3回以上	介護給付費請求書及び明細書	
有・無	有・無	口腔機能向上加算（Ⅱ） 1回につき160単位 3月以内の期間に限り1月に2回を限度	口腔機能向上加算（Ⅰ）の取組に加え、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。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 該当しない	口腔機能改善管理指導計画
有・無	有・無	科学的介護推進体制加算 1月につき40単位	次のいずれにも該当すること。			
			ア 入所者、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"/> 該当	<input type="checkbox"/> 該当しない	利用者に関する記録、ADL値の記録、
			イ 必要に応じてサービス計画を見直すなど、サービスの提供に当たって、上記の情報その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用していること。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 該当しない	居宅サービス計画

届出状況	算定状況	点検項目	点検事項	点検結果		確認書類
	有・無	事業所と同一建物に居住する者又は同一建物から通う者に地域密着型通所介護を行う場合	<p>事業所と同一建物に居住する者又は同一建物から当該事業所に通う者については、所定単位を減算する</p> <p>※「同一建物」とは介護事業所と構造上又は外形上、一体的な建築物。          ・建物の1階部分に地域密着型通所介護事業所がある場合や、建物と渡り廊下等で繋がっている場合は該当。          ・同一敷地内にある別棟の建築物や道路を挟んで隣接する場合は非該当。          ※当該建築物の管理、運営法人が当該地域密着型通所介護事業所の事業者と異なる場合であっても該当。</p> <p>※ 減算の対象は、地域密着型通所介護事業所と同一建物に居住する者及び同一建物から地域密着型通所介護を利用する者に限られる。          ・自宅（同一建物に居住する者を除く。）から地域密着型通所介護事業所へ通い、同一建物に宿泊する場合、この日は減算とならない。          ・同一建物に宿泊した者が地域密着型通所介護事業所へ通い、自宅（同一建物に居住する者を除く）に帰る場合、この日は減算となる。</p>	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 該当しない	利用者に関する記録（アセスメント等）、サービス担当者会議の要点の記録
			<p>傷病その他やむを得ない事情で送迎を行った場合は、この限りではない。</p> <p>※傷病により一時的に送迎が必要であると認められる利用者その他やむを得ない事情により送迎が必要と認められる利用者に対して送迎を行った場合は、例外的に減算対象とならない。          具体的には、傷病により一時的に歩行困難となった者又は歩行困難な要介護者であって、かつ建物の構造上自力での通所が困難である者に対し、二人以上の従業者が、当該利用者の居住する場所と当該指定地域密着型通所介護事業所間の往復の移動を介助した場合に限られる。          ただし、この場合、二人以上の従業者による移動介助を必要とする理由や移動介助の方法及び期間について、介護支援専門員とサービス担当者会議等で慎重に検討し、その内容及び結果について地域密着型通所介護計画に記載し、移動介助者及び移動介助時の利用者の様子等について、記録しなければならない。</p>	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 該当しない	利用者に関する記録（アセスメント等）、サービス担当者会議の要点の記録、送迎の記録
	有・無	送迎を行わない場合の減算 片道につき47単位	<p>居宅と事業所間の送迎を行わない場合は、片道ごとに所定単位を減算している（同一建物居住者等に係る減算の対象者を除く。）</p> <p>※ 利用者が自ら通う場合、利用者の家族等が送迎を行う場合など事業所が送迎を実施していない場合、片道につき減算の対象となる。          ただし、同一建物居住者等に係る減算の対象者は、対象とならない。</p>	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施していない	実施記録、送迎記録、サービス提供票

届出 状況	算定 状況	点検項目	点検事項	点検結果		確認書類
有・無	有・無	サービス提供体制強化加算（Ⅰ）1回につき22単位	(1) サービス提供体制強化加算（Ⅰ） 次に掲げる基準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。 ア 地域密着型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70以上であること。 イ 指定通所介護事業所の介護職員の総数のうち、勤続年数十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。 ② 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。 (通所介護費等算定方法第5号のニイ及びハに規定する基準のいずれにも該当しないこと。)	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 該当しない	職員台帳(履歴書)、資格証等
		サービス提供体制強化加算（Ⅱ）1回につき18単位	(2) サービス提供体制強化加算（Ⅱ） 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。 ① 地域密着型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。 ② 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。 (通所介護費等算定方法第5号のニイ及びハに規定する基準のいずれにも該当しないこと。)	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 該当しない	職員台帳(履歴書)、資格証等
		サービス提供体制強化加算（Ⅲ）1回につき6単位	(3) サービス提供体制強化加算（Ⅲ） 次に掲げる基準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。 ア 地域密着型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40以上であること。 イ 地域密着型通所介護を利用者に直接提供する職員の総数うち、勤続年数が七年以上の者の占める割合が100分の30以上である。 ② 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。 (通所介護費等算定方法第5号のニイ及びハに規定する基準のいずれにも該当しないこと。)	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 該当しない	職員台帳(履歴書)、資格証等
有・無	有・無	介護職員処遇改善加算（Ⅰ） 所定単位数の5.9%を加算 「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」参照【以下同じ】	次に掲げる基準のいずれにも適合すること。 (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"/> 該当	<input type="checkbox"/> 該当しない	処遇改善加算計画書、 処遇改善加算届出書、 その他添付書類
			(2) 当該事業所において、(1)の賃金改善に関する計画並びに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、市に届け出ていること。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 該当しない	
			(3) 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"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施していない	
			(4) 当該通所介護事業所において、事業年度ごとに介護職員の処遇改善に関する実績を鴻巣市長に報告すること。	<input type="checkbox"/> 報告	<input type="checkbox"/> 報告していない	

届出 状況	算定 状況	点検項目	点検事項	点検結果		確認書類
			(5) 算定日が属する月の前12月間において、労働基準法、労働者災害補償保険法、最低賃金法、労働安全衛生法、雇用保険法その他の労働に関する法令に違反し、罰金以上の刑に処せられていないこと。	<input type="checkbox"/> 該当しない	<input type="checkbox"/> 該当	
			(6) 当該事業所において、労働保険料の納付が適正に行われていること。	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施していない	
有・無	有・無	介護職員処遇改善加算(I) 所定単位数の5.9%を加算	(7) 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。 【キャリアパス要件I】 (一)介護職員の任用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。 (二)(一)に掲げる職位、職責又は職務内容等に応じた賃金体系(一時金等の臨時的に支払われるものを除く。)について定めていること。 (三)(一)及び(二)の内容について就業規則等の明確な根拠規定を書面で整備し、全ての介護職員に周知していること。 【キャリアパス要件II】 (一)介護職員の職務内容等を踏まえ、介護職員と意見を交換しながら、資質向上の目標及び(i)又は(ii)に掲げる事項に関する具体的な計画を策定し、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 (i)資質向上のための計画に沿って、研修機会の提供又は技術指導等を実施(OJT、OFF-JT等)するとともに、介護職員の能力評価を行うこと。 (ii)資格取得のための支援(研修受講のための勤務シフトの調整、休暇の付与、費用(交通費、受講料等)の援助等)を実施すること。 (二)(一)について、全ての介護職員に周知していること。 【キャリアパス要件III】 (一)介護職員について、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。具体的には、次の(i)から(iii)までのいずれかに該当する仕組みであること。 (i)経験に応じて昇給する仕組み 「勤続年数」や「経過年数」などに応じて昇給する仕組みであること。 (ii)資格等に応じて昇給する仕組み 「介護福祉士」や「実務者研修修了者」などの取得に応じて昇給する仕組みであること。ただし、介護福祉士資格を有して当該事業者や法人で就業する者についても昇給が図られる仕組みであることを要する。 (iii)一定の基準に基づき定期に昇給を判定する仕組み 「実技試験」や「人事評価」などの結果に基づき昇給する仕組みであること。ただし、客観的な評価基準や昇給条件が明文化されていることを要する。 (二)(一)の内容について、就業規則等の明確な根拠規定を書面で整備し、全ての介護職員に周知していること。 【職場環境等要件】 平成27年4月から届出を要する日の属する月の前月までに実施した処遇改善(賃金改善を除く。)の内容及び当該介護職員の処遇改善に要した費用を全ての介護職員に周知していること。	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施していない	処遇改善加算計画書、 処遇改善加算届出書、 その他添付書類
			<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施していない		
			<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施していない		
				<input type="checkbox"/> 周知	<input type="checkbox"/> 周知していない	

届出 状況	算定 状況	点検項目	点検事項	点検結果		確認書類
有・無	有・無	介護職員処遇改善加算 (Ⅱ) 所定単位数の4.3%を加算	介護職員処遇改善加算(Ⅰ)の要件のうち、(1)～(6)及びキャリアパス要件Ⅰ、キャリアパス要件Ⅱ、職場環境等要件を満たすこと。	<input type="checkbox"/> 適合	<input type="checkbox"/> 適合していない	
有・無	有・無	介護職員処遇改善加算 (Ⅲ) 所定単位数の2.3%を加算	介護職員処遇改善加算(Ⅰ)の要件のうち、(1)～(6)を満たし、かつキャリアパス要件Ⅰ又はキャリアパス要件Ⅱ及び職場環境等要件を満たすこと。  ※ 加算(Ⅰ)・(Ⅱ)・(Ⅲ)のいずれかを算定している場合においては、その他の加算(Ⅰ)・(Ⅱ)・(Ⅲ)は算定不可	<input type="checkbox"/> 適合	<input type="checkbox"/> 適合していない	

届出状況	算定状況	点検項目	点検事項	点検結果		確認書類
		介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)1.2%	<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鴻巣市長に届け出た事業所が、利用者に対し、指定地域密着型通所介護を行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、次に掲げる単位数を所定単位数に加算していますか。</p> <p>介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ) 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。 (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)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八万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。 (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の2倍以上であること。 (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。 (四)介護職員以外の職員の賃金改善後の賃金の見込額が年額440万円を上回らないこと。</p> <p>【介護福祉士の配置等要件】 (5) 地域密着型通所介護費におけるサービス提供体制強化加算(Ⅰ)イを算定していること。 【処遇改善加算要件】 (6) 地域密着型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。 【職場環境等要件】 (7) 平成20年10月から(2)の届出の日の属する月の前月までに実施した職員の処遇改善の内容(賃金改善に関するものを除く。以下この号において同じ。)及び当該職員の処遇改善に要した費用を全ての職員に周知していること。 【見える化要件】 (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。</p>	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 該当しない	
		介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)1.0%	<p>介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)の①の(1)から(4)まで及び【処遇改善加算要件】、【職場環境等要件】【見える化要件】のいずれにも適合すること。</p>			
			※ 加算(Ⅰ)・(Ⅱ)のいずれかを算定している場合においては、その他の加算(Ⅰ)・(Ⅱ)は算定しません。			
	有・無	基本単位関係(送迎)	訪問介護員等による送迎を別途訪問介護費として算定	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	地域密着型通所介護計画、サービス提供票
	有・無	サービス種類相互の算定関係	短期入所生活介護、短期入所療養介護、特定施設入居者生活介護、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、看護小規模多機能型居宅介護を受けていない。	<input type="checkbox"/> 適合	<input type="checkbox"/> 適合しない	サービス提供票