

地域密着型通所介護費

※記入上の注意事項

①実地指導を行う前月分及び前々月分の請求について点検し、記入してください

②前月分及び前々月分の請求で該当の加算を算定した場合は、「適」「否」のどちらかを選択してください。
また、その加算について算定していない場合及び点検事項の内容に該当がない場合は「対象外」を選択してください。

点検項目	点検事項	点検結果					
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）している	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否	<input type="checkbox"/>	対象外
	地域密着型通所介護計画上に位置付けられた内容を行うのに要する標準的な時間で算定している	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否	<input type="checkbox"/>	対象外
	居宅サービス計画に沿い地域密着型通所介護を実施している	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否	<input type="checkbox"/>	対象外
	送迎時に実施した居宅内介助を通所介護の時間に含める場合、以下のすべての要件に該当していること １．含めることができるのは１日３０分以内 ２．居宅サービス計画・地域密着型通所介護計画に位置付けあり ３．実施者は介護福祉士、実務者研修修了者等、一定の要件に該当していること	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否	<input type="checkbox"/>	対象外
２～３時間の地域密着型通所介護	利用者のやむを得ない事情により長時間のサービス利用が困難	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否	<input type="checkbox"/>	対象外
	２時間以上３時間未満のサービス提供	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否	<input type="checkbox"/>	対象外
８～９時間の地域密着型通所介護の前後に行う日常生活上の世話をを行う場合	９時間以上10時間未満の場合、 50単位を算定している	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否	<input type="checkbox"/>	対象外
	10時間以上11時間未満の場合、100単位を算定している	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否	<input type="checkbox"/>	対象外
	11時間以上12時間未満の場合、150単位を算定している	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否	<input type="checkbox"/>	対象外
	12時間以上13時間未満の場合、200単位を算定している	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否	<input type="checkbox"/>	対象外
	13時間以上14時間未満の場合、250単位を算定している	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否	<input type="checkbox"/>	対象外
	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"/>	適	<input type="checkbox"/>	否	<input type="checkbox"/>	対象外
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	厚生労働大臣が定める中山間地域等の地域に利用者が居住	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否	<input type="checkbox"/>	対象外
	通常の事業実施地域を越えてサービスを提供	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
	別途、交通費の支払いを受けていない	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
入浴介助加算	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"/>	適	<input type="checkbox"/>	否	<input type="checkbox"/>	対象外
	地域密着型通所計画上の位置付けがある	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
	入浴介助の実施（介助には、入浴中の利用者の観察を含む。）	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
	入浴を実施しなかった場合、算定していない	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
中重度者ケア体制加算	指定基準上の介護職員又は看護職員の員数に加え、看護職員又は介護職員を常勤換算方法で２以上確保	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否	<input type="checkbox"/>	対象外
	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	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
	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"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
	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"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
	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の作成	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
	看護職員の配置のない日は算定不可	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		

点検項目		点検事項		点検結果					
生活機能向上連携加算		訪問リハビリテーション事業所、通所リハビリテーション事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設の理学療法士等が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"/>	適	<input type="checkbox"/>	否	<input type="checkbox"/>	対象外
		利用者の身体の状態等の評価及び個別機能訓練計画の作成に際し、理学療法士等は、機能訓練指導員等に対し、日常生活上の留意点、介護の工夫等に関する助言を行うこと。		<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
		個別機能訓練計画には、利用者ごとの目標、実施時間、実施方法等の内容を記載すること。		<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
		個別機能訓練計画の目標は、利用者や家族の意向及び利用者を担当する介護支援専門員の意見を踏まえて策定し、利用者の意欲の向上につながるよう、段階的な目標を設定するなど可能な限り具体的かつ分かりやすい目標とすること。		<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
		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、利用者の心身の状態に応じて計画的に機能訓練を適切に提供していること。		<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
		個別機能訓練計画の進捗状況等について、3月ごとに1回以上、理学療法士等が地域密着型通所介護事業所を訪問し、機能訓練指導員と共同で評価した上で、機能訓練指導員等が利用者や家族に対して個別機能訓練計画の内容（評価を含む。）や進捗状況等を説明し記録するとともに、必要に応じて訓練内容の見直しを行うこと。		<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
		各月における評価内容や目標の達成度合いについて、機能訓練指導員等が、利用者や家族、理学療法士等に報告、相談し、必要に応じて利用者や家族の意向を確認の上、理学療法士等から必要な助言を得た上で、当該利用者のADL及びIADLの改善状況を踏まえた目標の見直しや訓練内容の変更など適切な対応を行うこと。		<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
		機能訓練に関する記録（実施時間、訓練内容、担当者等）は利用者ごとに保管し、常に事業所の機能訓練指導員が閲覧できるようにしている。		<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
個別機能訓練加算（Ⅰ） 緑P922～927 「通所介護、地域密着型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）		サービス提供時間帯を通じて専ら機能訓練指導員の職務に従事する常勤の理学療法士等を1名以上配置		<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否	<input type="checkbox"/>	対象外
		非常勤の理学療法士等だけが配置されている曜日は、算定不可		<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
		加算の対象となる理学療法士等が配置される曜日はあらかじめ定められ、利用者や居宅介護支援事業者に周知されている。		<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
		地域密着型通所介護事業所の看護職員が当該加算に係る機能訓練指導員の職務に従事する場合には、当該職務の時間は、地域密着型通所介護事業所における看護職員としての人員基準の算定に含めない。		<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
		複数の種類の機能訓練項目を準備し、機能訓練指導員等が利用者の生活意欲が増進されるよう利用者の選択を援助し、選択した項目ごとにグループに分かれて活動し、心身の状態に応じた機能訓練が適切に提供されること。		<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
		機能訓練指導員その他の職種が共同して、利用者ごとに目標、実施時間、実施方法等を内容とする個別機能訓練計画を作成		<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
		個別機能訓練計画の作成に当たり、機能訓練指導員等が居宅を訪問した上で利用者の居宅の生活状況を確認		<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
		個別機能訓練計画に基づく機能訓練の実施		<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
		三月ごとに一回以上、利用者の居宅を訪問し、生活状況を確認した上で、利用者又は家族に対して個別機能訓練計画の内容（評価を含む）・進捗状況等を説明し、記録するとともに、訓練内容の見直しを行う。		<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
		評価内容や目標の達成度合いについて、当該利用者を担当する介護支援専門員等に適宜報告・相談し、必要に応じて利用者又は家族の意向を確認の上、当該利用者のADL及びIADLの改善状況を踏まえた目標の見直しや訓練内容の変更など適切な対応を行う。		<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
		個別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、常に当該事業所の個別機能訓練の従事者により閲覧が可能であるようにすること。		<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		

点検項目	点検事項	点検結果					
個別機能訓練加算（Ⅱ） 緑P922～927 「通所介護、地域密着型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）	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	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否	<input type="checkbox"/>	対象外
	当該理学療法士等から直接訓練の提供を受けた利用者のみが加算の算定対象	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
	加算の対象となる理学療法士等が配置される曜日はあらかじめ定められ、利用者や居宅介護支援事業者に周知されている。	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
	地域密着型通所介護事業所の看護職員が当該加算に係る機能訓練指導員の職務に従事する場合には、当該職務の時間は、地域密着型通所介護事業所における看護職員としての人員基準の算定に含めない。	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
	機能訓練指導員その他の職種が共同して、利用者ごとに目標、実施時間、実施方法等を内容とする個別機能訓練計画を作成	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
	個別機能訓練計画の作成に当たり、機能訓練指導員等が居宅を訪問した上で利用者の居宅の生活状況を確認	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
	身体機能そのものの回復を主たる目的とする訓練ではなく、残存する身体機能を活用して生活機能の維持・向上を図り、利用者が居宅において可能な限り自立して暮らし続けることを目的として実施する。	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
	適切なアセスメントを経て利用者のADL及びIADLの状況を把握し、日常生活における生活機能の維持・向上に関する目標（一人で入浴が出来るようになりたい等）を設定のうえ、当該目標を達成するための訓練を実施する。	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
	目標については、利用者又は家族の意向及び利用者を担当する介護支援専門員の意見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すること。	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
	類似の目標を持ち同様の訓練内容が設定された5人程度以下の小集団（個別対応含む）に対して機能訓練指導員が直接行うこととし、必要に応じて事業所内外の設備等を用いた実践的かつ反復的な訓練とする。	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
	実施時間は、個別機能訓練計画に定めた訓練内容の実施に必要な一回当たりの訓練時間を考慮し適切に設定する。	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
	生活機能の維持・向上のための訓練を効果的に実施するためには、計画的・継続的に行う必要があることから、概ね週一回以上実施することを目安とする	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
	個別機能訓練計画に基づく機能訓練の実施	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
	三月ごとに一回以上、利用者の居宅を訪問し、生活状況を確認した上で、利用者又は家族に対して個別機能訓練計画の内容（評価を含む）・進捗状況等を説明し、記録するとともに、訓練内容の見直しを行う。	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
	評価内容や目標の達成度合いについて、当該利用者を担当する介護支援専門員等に適宜報告・相談し、必要に応じて利用者又は家族の意向を確認の上、当該利用者のADL及びIADLの改善状況を踏まえた目標の見直しや訓練内容の変更など適切な対応を行う。	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
	個別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、常に当該事業所の個別機能訓練の従事者により閲覧が可能であるようにすること。	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
個別機能訓練加算（Ⅰ・Ⅱの関係）	個別機能訓練加算（Ⅰ）を算定している者であっても、別途個別機能訓練加算（Ⅱ）に係る訓練を実施した場合は、同一日であっても個別機能訓練加算（Ⅱ）を算定できるが、この場合にあっては、個別機能訓練加算（Ⅰ）に係る常勤専従の機能訓練指導員は、個別機能訓練加算（Ⅱ）に係る機能訓練指導員として従事することはできず、別に個別機能訓練加算（Ⅱ）に係る機能訓練指導員の配置が必要である。また、それぞれの加算の目的・趣旨が異なることから、それぞれの個別機能訓練計画に基づいた訓練を実施する必要がある。 （加算Ⅰ：心身機能への働きかけ中心、加算Ⅱ：生活機能へのバランスよい働きかけ）	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		

点検項目	点検事項	点検結果					
ADL維持等加算(Ⅰ)	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"/>	適	<input type="checkbox"/>	否	<input type="checkbox"/>	対象外
緑P915～921	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"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
「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)	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"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
	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"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
	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"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
ADL維持等加算(Ⅱ)	ADL維持等加算(Ⅰ)の基準に適合している	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否	<input type="checkbox"/>	対象外
緑P915～921 「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)	算定月に利用者のADL値を測定し、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。	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
認知症加算	指定基準上の介護職員又は看護職員の員数に加え、看護職員又は介護職員を常勤換算方法で2以上確保	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否	<input type="checkbox"/>	対象外
	サービス提供時間帯を通じて認知症介護に係る一定の研修の修了者を1名以上配置 (研修：認知症介護指導者研修、認知症介護実践リーダー研修、認知症介護実践者研修等。旧痴呆介護実務者研修の基礎課程、専門課程を含む。)	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
	前年度(又は算定月の前3月間)の利用者総数のうち、介護を必要とする認知症の者(日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ、M)の占める割合が2割以上	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
	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"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
	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	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
	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。	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
	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"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
若年性認知症利用者受入加算	初老期による認知症	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否	<input type="checkbox"/>	対象外
	認知症加算を算定していない	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
	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"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
	利用者に応じた適切なサービス提供	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
栄養改善加算	事業所の職員として、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"/>	適	<input type="checkbox"/>	否	<input type="checkbox"/>	対象外
緑P878～P883	管理栄養士、看護・介護職員等が共同した栄養ケア計画の作成	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
	利用者等に対する計画の説明及び同意を得ている	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
	計画に基づく栄養改善サービスの提供、栄養状態等の記録	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
	概ね3月ごとに栄養ケア計画の評価、ケアマネ等に対する情報提供	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
栄養スクリーニング加算	月の算定回数は2回以下	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
	利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の栄養状態を確認し、介護支援専門員に情報提供している。	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否	<input type="checkbox"/>	対象外
	他事業所で既に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"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
	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"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		

点検項目	点検事項	点検結果					
口腔機能向上加算 緑P946～P950 「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	言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員を1名以上配置	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否	<input type="checkbox"/>	対象外
	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"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
	必要に応じ、ケアマネを通じての主治の歯科医師等への情報提供、受診勧奨などの措置	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
	歯科受診をしている場合、医療保険の「摂食機能療法」を算定していない、又は介護保険の「摂食・嚥下機能に関する訓練の指導若しくは実施」を行っていない。	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
	利用者等に対する計画の説明し、同意を得ている	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
	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"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
	概ね3月ごとに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"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
	月の算定回数は2回以下	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
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。 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通所介護を行う場合の減算	※「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、運営法人が当該通所介護事業所の事業者と異なる場合であっても該当。	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否	<input type="checkbox"/>	対象外
	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。						
	※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通所介護計画に記載し、移動介助者及び移動介助時の利用者の様子等について、記録しなければならない。	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
送迎を行わない場合の減算	居宅と事業所間の送迎を行わない場合は、片道ごとに所定単位を減算している（同一建物居住者等に係る減算の対象者を除く。）	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否	<input type="checkbox"/>	対象外
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）イ	1 介護職員のうち介護福祉士の数が5割以上	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否	<input type="checkbox"/>	対象外
	2 前年度(3月を除く)の職員の割合につき記録しているか。また、前年度の実績が6月に満たない事業所(新たに事業を開始し、又は再開した事業所を含む。)については、届出を行った月以降においても、直近三月間の職員の割合につき、毎月継続的に維持しており、その割合について毎月記録しているか。	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
	3 定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）ロ	1 介護職員のうち介護福祉士の数が4割以上	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否	<input type="checkbox"/>	対象外
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）ロ	2 前年度(3月を除く)の職員の割合につき記録しているか。また、前年度の実績が6月に満たない事業所(新たに事業を開始し、又は再開した事業所を含む。)については、届出を行った月以降においても、直近三月間の職員の割合につき、毎月継続的に維持しており、その割合について毎月記録しているか。	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否	<input type="checkbox"/>	対象外
	3 定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	1 直接処遇職員(生活相談員、看護職員、介護職員又は機能訓練指導員)のうち勤続年数3年以上の職員が3割以上	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否	<input type="checkbox"/>	対象外
	2 前年度(3月を除く)の職員の割合につき記録しているか。また、前年度の実績が6月に満たない事業所(新たに事業を開始し、又は再開した事業所を含む。)については、届出を行った月以降においても、直近三月間の職員の割合につき、毎月継続的に維持しており、その割合について毎月記録しているか。	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
	3 定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		

点検項目	点検事項	点検結果					
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、複合型サービスを受けていない。	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否	<input type="checkbox"/>	対象外

点検項目	点検事項	点検結果					
介護職員処遇改善加算 (Ⅰ～Ⅴ共通)	退職手当を除く介護職員の賃金の改善に要する費用の見込み額が、当該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ている	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否	<input type="checkbox"/>	対象外
	前記計画に基づき適切な措置を講じている。	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
	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ている	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
	計画の内容を全ての介護職員に周知している	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
	計画の内容を市町村長に届け出ている	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
	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している	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
	事業年度ごとに介護職員の処遇改善に関する実績を市町村長に報告している	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
	算定日が属する月の前12月間で、労働基準法・労働者災害補償保険法・最低賃金法・労働安全衛生法など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	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
	労働保険料の納付が適正に行われている	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
介護職員処遇改善加算 Ⅰ(特有)	(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(賃金関係含む)を定めている	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否	<input type="checkbox"/>	対象外
	(b) 前記要件を書面をもって作成し、すべての介護職員に周知している	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
	(c) 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	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
	(d) 前記の研修について、全ての介護職員に周知している	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
	(e) 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。	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
	(f) 前記の昇給等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	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
	(g) 平成27年4月から計画の届出日の属する月の前月までに実施する介護職員の処遇改善の内容(賃金以外)を全ての介護職員に周知している	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
介護職員処遇改善加算 Ⅱ(特有)	(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(賃金関係含む)を定めている	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否	<input type="checkbox"/>	対象外
	(b) 前記要件を書面をもって作成し、すべての介護職員に周知している	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
	(c) 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	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
	(d) 前記の研修について、全ての介護職員に周知している	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
	(e) 平成27年4月から計画の届出日の属する月の前月までに実施する介護職員の処遇改善の内容(賃金以外)を全ての介護職員に周知している	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
介護職員処遇改善加算 Ⅲ(特有)	(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(賃金関係含む)を定め、 書面 をもって作成し、すべての介護職員に 周知 している	<input type="checkbox"/>	適 (いずれかを満たす)	<input type="checkbox"/>	否	<input type="checkbox"/>	対象外
	(b) 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、全ての介護職員に周知している						
	(c) 平成20年10月から計画の届出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(賃金以外)及び要した費用を全ての介護職員に周知している	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
介護職員処遇改善加算 Ⅳ(特有)	(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(賃金関係含む)を定め、 書面 をもって作成し、すべての介護職員に 周知 している		適 (いずれかを満たす)			<input type="checkbox"/>	対象外
	(b) 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、全ての介護職員に周知している	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	否		

点検項目	点検事項	点検結果					
	(c) 平成20年10月から計画の届出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(賃金以外)及び要した費用を全ての介護職員に周知している						
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ・Ⅱ共通)	以下の項目の全てが「適」であるか。	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否	<input type="checkbox"/>	対象外
	(a)介護職員、その他の職員の賃金改善に要する費用の見込み額が、当該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ている	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
	(b)経験・技能のある介護職員のうち一人は、賃金改善の見込み額が月額8万円以上又は年額440万円以上	<input type="checkbox"/>	適 (いずれかを満たす)	<input type="checkbox"/>	否		
	(c)当該加算の算定見込み額が少額、その他の理由により(b)の賃金改善が困難である	<input type="checkbox"/>	適 (いずれかを満たす)	<input type="checkbox"/>	否		
	(d)経験・技能のある介護職員の賃金改善見込み額の平均が、その他の介護職員の賃金改善見込み額の平均の2倍以上である	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
	(e)その他の介護職員の賃金改善見込み額の平均が、介護職員以外の職員の賃金改善見込み額の平均の2倍以上である	<input type="checkbox"/>	適 (いずれかを満たす)	<input type="checkbox"/>	否		
	(f)介護職員以外の職員の平均賃金額がその他の介護職員の平均賃金額を上回らない	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
	(g)当該加算の支給対象となる、介護職員以外の職員の賃金改善後の賃金見込額が年額440万円を上回らない	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
	(h)賃金改善、実施期間、実施方法、処遇改善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市長に届け出ている	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
	(i)介護職員処遇改善加算(Ⅰ)～(Ⅲ)までのいずれかを算定している	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
	(j) 職場環境要件の処遇改善の内容及び要した費用を全ての介護職員に周知し、区分ごとに1つ以上の要件を満たしている	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
	(k)(j)の処遇改善の内容をインターネット、その他適切な方法により公表している又は公表予定(令和2年から算定要件)	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否		
介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ(特有)	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イを算定している	<input type="checkbox"/>	適	<input type="checkbox"/>	否	<input type="checkbox"/>	対象外