

認知症対応型通所介護費 介護予防認知症対応型通所介護費

※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 | | |
|--|--|----------------------------|----------------------------|------------------------------|
| 8～9時間のサービス提供の前後に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 |
| 入浴加算 | 入浴介助を適切に行うことのできる人員及び設備を確保している | <input type="checkbox"/> 適 | <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 対象外 |
| | 通所計画上の位置づけを行っている | <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 | |
| 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 | 個別機能訓練開始時に利用者への説明を実施している | <input type="checkbox"/> 適 | <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 対象外 |
| | 専ら職務に従事する機能訓練指導員が1日120分以上かつ1名以上配置している | <input type="checkbox"/> 適 | <input type="checkbox"/> 否 | |
| | 多職種協働による個別機能訓練計画を作成している | <input type="checkbox"/> 適 | <input type="checkbox"/> 否 | |
| | 計画に基づき機能訓練を実施している | <input type="checkbox"/> 適 | <input type="checkbox"/> 否 | |
| | 効果、実施方法に対する評価を実施している | <input type="checkbox"/> 適 | <input type="checkbox"/> 否 | |
| | 開始時及びその3か月後に1回以上個別機能訓練計画の内容を説明し、記録している | <input type="checkbox"/> 適 | <input type="checkbox"/> 否 | |
| | 個別機能訓練に関する記録を保管し、従業者による閲覧が可能な状態にしている | <input type="checkbox"/> 適 | <input type="checkbox"/> 否 | |
| 若年性認知症利用者受入加算 | 若年性認知症利用者ごとに個別に担当者を定める | <input type="checkbox"/> 適 | <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 対象外 |
| | 担当者を中心に利用者の特性やニーズに応じた適切なサービス提供を実施している | <input type="checkbox"/> 適 | <input type="checkbox"/> 否 | |

| 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | | | | | |
|------------------|---|--------------------------|---|--------------------------|---|--------------------------|-----|
| 栄養改善加算 | 事業所の従業者として又は外部との連携により、管理栄養士を1名以上配置している | <input type="checkbox"/> | 適 | <input type="checkbox"/> | 否 | <input type="checkbox"/> | 対象外 |
| | 管理栄養士、看護・介護職員、生活相談員等が共同して栄養ケア計画を作成している | <input type="checkbox"/> | 適 | <input type="checkbox"/> | 否 | | |
| | 利用者等に対して計画を説明し、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を提供し、栄養状態等を記録している | <input type="checkbox"/> | 適 | <input type="checkbox"/> | 否 | | |
| | 栄養ケア計画の評価を3月ごとに実施し、ケアマネ等に対して情報提供を行っている | <input type="checkbox"/> | 適 | <input type="checkbox"/> | 否 | | |
| | 定員、人員基準に適合している | <input type="checkbox"/> | 適 | <input type="checkbox"/> | 否 | | |
| | 1月に2回を限度として算定している | <input type="checkbox"/> | 適 | <input type="checkbox"/> | 否 | | |
| | 対象者について、低栄養状態又はそのおそれがあり、栄養改善サービス提供が必要と認められる者かどうか確認を行っている | <input type="checkbox"/> | 適 | <input type="checkbox"/> | 否 | | |
| | 上記の対象者のうち、問題を有する者については、適宜確認を行っている | <input type="checkbox"/> | 適 | <input type="checkbox"/> | 否 | | |
| 栄養スクリーニング加算 | 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 | | |
| 口腔機能向上加算 | 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"/> | 適 | <input type="checkbox"/> | 否 | <input type="checkbox"/> | 対象外 |
| | 言語聴覚士、歯科衛生士、看護・介護職員等により口腔機能改善管理指導計画を作成している | <input type="checkbox"/> | 適 | <input type="checkbox"/> | 否 | | |
| | 対象者について、認定調査票の嚥下、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、基本チェックリストの口腔機能に関する(13)(14)(15)の3項目のうち2項目以上が「1」に該当する者又は、その他口腔機能の低下している者（おそれのある者含む）かどうか確認を行っている | <input type="checkbox"/> | 適 | <input type="checkbox"/> | 否 | | |
| 口腔機能向上加算 | 介護支援専門員を通じて、主治医又は主治の歯科医師への情報提供、受診勧奨などの適切な措置を講じている場合、医療保険の摂食機能療法を算定していない、又は、「摂食・嚥下機能に関する訓練の指導若しくは実施」を行っている | <input type="checkbox"/> | 適 | <input type="checkbox"/> | 否 | <input type="checkbox"/> | 対象外 |
| | 利用者等に対して計画を説明し、同意を得ている | <input type="checkbox"/> | 適 | <input type="checkbox"/> | 否 | | |
| | 計画に基づいて言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員により口腔機能向上サービスを提供し、定期的に記録を作成している | <input type="checkbox"/> | 適 | <input type="checkbox"/> | 否 | | |
| | 定期的に、利用者の生活機能の状況を検討し、概ね3月ごとに評価を行い、ケアマネ等への情報提供を行っている | <input type="checkbox"/> | 適 | <input type="checkbox"/> | 否 | | |
| | 定員、人員基準に適合している | <input type="checkbox"/> | 適 | <input type="checkbox"/> | 否 | | |
| | 1月に2回を限度として算定している | <input type="checkbox"/> | 適 | <input type="checkbox"/> | 否 | | |
| 同一建物減算 | 事業所と同一建物に居住する者又は同一建物から通っていない | <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により送迎が必要であると認められる利用者に対して送迎を行った | <input type="checkbox"/> | 適 | <input type="checkbox"/> | 否 | | |
| 送迎を行わない減算 | 利用者に対し、その居宅と事業所との間の送迎を行わなかった場合は、片道につき47単位を減算している | <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 | 介護職員総数のうち介護福祉士の数が常勤換算方法で5割以上で、その割合を確認することができる記録がある | <input type="checkbox"/> | 適 | <input type="checkbox"/> | 否 | <input type="checkbox"/> | 対象外 |
| | 定員、人員基準に適合している | <input type="checkbox"/> | 適 | <input type="checkbox"/> | 否 | | |
| サービス提供体制強化加算 I ロ | 介護職員総数のうち介護福祉士の数が常勤換算方法で4割以上で、その割合を確認することができる記録がある | <input type="checkbox"/> | 適 | <input type="checkbox"/> | 否 | <input type="checkbox"/> | 対象外 |
| | 定員、人員基準に適合している | <input type="checkbox"/> | 適 | <input type="checkbox"/> | 否 | | |
| サービス提供体制強化加算 II | 直接処遇職員のうち勤続年数3年以上の者が常勤換算方法で3割以上で、その割合を確認することができる記録がある | <input type="checkbox"/> | 適 | <input type="checkbox"/> | 否 | <input type="checkbox"/> | 対象外 |
| | 定員、人員基準に適合している | <input type="checkbox"/> | 適 | <input type="checkbox"/> | 否 | | |

| 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 | □ 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 | □ 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 | □ 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 | □ 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"/> | 適 (いずれかを満たす) | <input type="checkbox"/> | 否 | |
| | (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 | □ 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"/> | 適 (いずれかを満たす) | <input type="checkbox"/> | 否 | |
| | (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 | |

| 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・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 |