

# 認知症対応型通所介護費

| 点検項目   | 点検事項   | 点検結果                        |   |
|--|--|-----------------------------|---|
| 高齢者虐待防止措置未実施減算                               | 高齢者虐待防止のための委員会の開催、指針の整備、定期的な研修の実施又は担当者の配置のいずれかの措置を講じていない場合                                     | <input type="checkbox"/> 該当 |   |
| 業務継続計画未策定減算                                  | 業務継続計画を策定していない場合   | <input type="checkbox"/> 該当 |   |
| 定員超過減算                                       | 介護保険法施行規則第131条の4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 |   |
| 人員基準減算                                       | <単独型・併設型指定認知症対応型通所介護事業所の場合><br>地域密着型サービス基準第42条に定める員数を置いていない場合                                  | <input type="checkbox"/> 該当 |   |
|  | <共用型指定認知症対応型通所介護事業所の場合><br>地域密着型サービス基準第45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時間未満の認知症対応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時間未満の指定認知症対応型通所介護を行う場合                   | <input type="checkbox"/> 該当 |   |
|  | 認知症対応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) |
| 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 |   |

| 点検項目                   | 点検事項   | 点検結果                        |  |
|------------------------|--|-----------------------------|--|
| 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 |  |
|                        | 入浴介助に関わる職員に対して、入浴介助に関する研修等を行っている。  | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
|                        | 入浴介助を実施している。   | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
| 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。  |                             |  |
|                        | 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、指定認知症対応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、指定認知症対応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 |  |

| 点検項目 | 点検事項   | 点検結果                     |                          |                          |           |
|------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------|
|      | <p>指定認知症対応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。</p>  | <input type="checkbox"/> | <p>該当</p>                |                          |           |
|      | <p>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。</p>   |                          | <input type="checkbox"/> | <p>該当</p>                |           |
|      | <p>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。</p>   |                          |                          | <input type="checkbox"/> | <p>該当</p> |
|      | <p>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、当該認知症対応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。</p> | <input type="checkbox"/> |                          |                          | <p>該当</p> |
|      | <p>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合において把握し、又は指定認知症対応型通所介護事業所の機能訓練指導員等と連携してICTを活用した動画やテレビ電話を用いて把握した上で、当該事業所の機能訓練指導員等に助言を行っている。</p>  |                          | <input type="checkbox"/> |                          | <p>該当</p> |

| 点検項目          | 点検事項  | 点検結果                     |    |  |
|---------------|---|--------------------------|----|--|
| 生活機能向上連携加算（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、当該指定認知症対応型通所介護事業所を訪問し、当該事業所の機能訓練指導員、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（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回以上指定認知症対応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 |  |

| 点検項目        | 点検事項  | 点検結果                     |    |
|-------------|---|--------------------------|----|
| 個別機能訓練加算（Ⅰ） | 機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して、利用者ごとにその目標、実施方法等を内容とする個別機能訓練計画を作成し、当該計画に基づき、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。）が計画的に機能訓練を行っている。 | <input type="checkbox"/> | 該当 |
|             | 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日120分以上、1名以上配置している。   | <input type="checkbox"/> | 該当 |
|             | 個別機能訓練計画に基づいて行った個別機能訓練の効果、実施方法等について評価等を行っている。   | <input type="checkbox"/> | 該当 |
|             | 個別機能訓練を行うにあたっては、開始時及びその3か月後に1回以上利用者に対して個別機能訓練計画の内容を説明している。  | <input type="checkbox"/> | 該当 |
|             | 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している。  | <input type="checkbox"/> | 該当 |
| 個別機能訓練加算（Ⅱ） | 個別機能訓練加算Ⅰを算定している  | <input type="checkbox"/> | 該当 |
|             | 個別機能訓練計画の内容等の情報を厚生労働省に提出  | <input type="checkbox"/> | 該当 |
|             | 機能訓練の実施に当たり必要な情報を活用した場合   | <input type="checkbox"/> | 該当 |
| ADL維持等加算（Ⅰ） | 評価対象者の総数が10人以上  | <input type="checkbox"/> | 該当 |
|             | 評価対象者全員について、評価対象利用期間の初月と、当該月の翌月から6月目（6月目にサービスの利用がない場合は当該サービス利用の最終月）においてADL値を測定し、測定月ごとに厚生労働省に提出していること。   | <input type="checkbox"/> | 該当 |
|             | 評価対象者の「ADL利得」の平均値が1以上   | <input type="checkbox"/> | 該当 |

| 点検項目          | 点検事項  | 点検結果                     |    |                  |
|---------------|---|--------------------------|----|------------------|
| ADL維持等加算（Ⅱ）   | 評価対象者の総数が10人以上  | <input type="checkbox"/> | 該当 |                  |
|               | 評価対象者全員について、評価対象利用期間の初月と、当該月の翌月から6月目（6月目にサービスの利用がない場合は当該サービス利用の最終月）においてADL値を測定し、測定月ごとに厚生労働省に提出していること。 | <input type="checkbox"/> | 該当 |                  |
|               | 評価対象者の「ADL利得」の平均値が2以上   | <input type="checkbox"/> | 該当 |                  |
| 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）ごとに個別の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 |                  |
| 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"/> | 該当 |                  |
|               | 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種の者）が共同して栄養アセスメントを3ヶ月に1回以上実施し、当該利用者又はその家族に対して結果を説明し、相談等の対応をする  | <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に提出し、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する。  | <input type="checkbox"/> | 該当 |                  |
|               | （基準に適合している）単独型・併設型指定認知症対応型通所介護事業所又は共用型指定認知症対応型通所介護事業所   | <input type="checkbox"/> | 該当 |                  |
| 栄養改善加算        | 当該事業所の従業員として、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"/> | 配置 |                  |
|               | 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 |                  |
|               | 栄養ケア計画に従い、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） |

| 点検項目   | 点検事項   | 点検結果                     |         |                      |
|--|--|--------------------------|---------|----------------------|
|  | 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<br>情報提供  | <input type="checkbox"/> | 3月ごとに実施 | 栄養ケアモニタリング<br>(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    |                      |
| 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）  | 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<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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<br>の属する月                      | <input type="checkbox"/> | 非該当     |                      |
| 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   |                          |         |                      |
|  | 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<br>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<br>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<br>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<br>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<br>の属する月                      | <input type="checkbox"/> | 非該当     |                      |
|  | (2) いずれも適合   |                          |         |                      |
|  | 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<br>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<br>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<br>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<br>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<br>の属する月                      | <input type="checkbox"/>   | 該当                       |         |                      |



| 点検項目        | 点検事項   | 点検結果                             |                           |
|-------------|--|----------------------------------|---------------------------|
| 口腔機能向上加算（Ⅰ） | 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    |                           |
| 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      |                           |

| 点検項目            | 点検事項   | 点検結果                     |        |
|-----------------|--|--------------------------|--------|
| 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          | 指定認知症対応型通所介護事業所と同一建物に居住する者又は指定認知症対応型通所介護事業所と同一建物から当該指定認知症対応型通所介護事業所に通う者に対し指定認知症対応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            | 指定認知症対応型通所介護事業所の従業者が、利用者に対し、その居宅と指定認知症対応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     |
| サービス提供体制強化加算（Ⅰ） | 介護職員総数のうち介護福祉士の占める割合が100分の70以上<br>介護職員総数のうち勤続年数10年以上の介護福祉士が100分の25以上   | <input type="checkbox"/> | いずれか該当 |
|                 | 定員、人員基準に適合   | <input type="checkbox"/> | 該当     |
| サービス提供体制強化加算（Ⅱ） | 介護職員総数のうち介護福祉士の占める割合が100分の50以上   | <input type="checkbox"/> | 該当     |
|                 | 定員、人員基準に適合   | <input type="checkbox"/> | 該当     |
| サービス提供体制強化加算（Ⅲ） | 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   | <input type="checkbox"/> | 該当     |
|                 | サービスを直接提供する職員のうち勤続年数7年以上の者の占める割合が100分の30以上であること。   | <input type="checkbox"/> | 該当     |
|                 | 定員、人員基準に適合   | <input type="checkbox"/> | 該当     |

| 点検項目  | 点検事項   | 点検結果                           |             |
|---|--|--------------------------------|-------------|
| 介護職員処遇改善加算<br>(I)<br>①～⑭の全てにチェックが付いている。<br>(II)<br>①～⑬にチェックが付いている。<br>(III)<br>②と④～⑫にチェックが付いている。<br>(IV)<br>②と④～⑩、⑫にチェックが付いている。 | ① 介護職員その他の職員の賃金改善に要する費用の見込額が、介護職員等処遇改善加算の算定見込額以上となる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 仮に介護職員等処遇改善加算(IV)を算定した場合に算定することが見込まれる額の2分の1以上を基本給又は決まって毎月支払われる手当に充てている。  | <input type="checkbox"/> 該当    |             |
|   | ③ 介護福祉士であって、経験及び技能を有する介護職員と認められる者のうち一人は、賃金改善後の賃金の見込み額が年額440万円以上となっている。<br>※介護職員等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はない。 | <input type="checkbox"/> 該当    |             |
|   | ④ 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 |
|   | ⑤ 賃金改善の実施<br>※ただし、経営の悪化等により事業の継続が困難な場合、当該事業の継続を図るために当該事業所の職員の賃金水準（本加算による賃金改善分は除く）を見直すことはやむを得ないが、その内容を松本市長（高齢福祉課）                       | <input type="checkbox"/> あり    |             |
|   | ⑥ 処遇改善に関する実績の報告  | <input type="checkbox"/> あり    | 実績報告書       |
|   | ⑦ 前12月間に労働に関する法令に違反し、罰金以上の刑  | <input type="checkbox"/> なし    |             |
|   | ⑧ 労働保険料の納付   | <input type="checkbox"/> 適正に納付 |             |
|   | ⑨ 任用の際の職責又は職務内容等の要件を書面で作成し、全ての介護職員に周知  | <input type="checkbox"/> あり    |             |
|   | ⑩ 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  | <input type="checkbox"/> あり    | 研修計画書       |
|   | ⑪ 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する仕組みを設け、全ての介護職員に書面をもって周知  | <input type="checkbox"/> あり    |             |
|   | ⑫ 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    |             |
|   | ⑬ ⑫の内容をインターネットその他の適切な方法で公表   | <input type="checkbox"/> あり    |             |
|   | ⑭ サービス提供体制強化加算(I)又は(II)のいずれかを届け出ている。   | <input type="checkbox"/> あり    |             |

| 点検項目                   | 点検事項                                    | 点検結果                     |    |
|------------------------|---|--------------------------|----|
| 介護職員等処遇改善加算(V)<br>(1)  | 介護職員等処遇改善加算のチェック項目①と③～⑭のチェックが付いている。     | <input type="checkbox"/> | 該当 |
| 介護職員等処遇改善加算(V)<br>(2)  | 介護職員等処遇改善加算のチェック項目①と③～⑩と⑫～⑭のチェックが付いている。 | <input type="checkbox"/> | 該当 |
| 介護職員等処遇改善加算(V)<br>(3)  | 介護職員等処遇改善加算のチェック項目①と③～⑬までのチェックが付いている。   | <input type="checkbox"/> | 該当 |
| 介護職員等処遇改善加算(V)<br>(4)  | 介護職員等処遇改善加算のチェック項目①と③～⑩、⑫、⑬のチェックが付いている。 | <input type="checkbox"/> | 該当 |
| 介護職員等処遇改善加算(V)<br>(5)  | 介護職員等処遇改善加算のチェック項目①と③～⑩、⑫～⑭のチェックが付いている。 | <input type="checkbox"/> | 該当 |
| 介護職員等処遇改善加算(V)<br>(6)  | 介護職員等処遇改善加算のチェック項目①と③～⑩、⑫、⑬のチェックが付いている。 | <input type="checkbox"/> | 該当 |
| 介護職員等処遇改善加算(V)<br>(7)  | 介護職員等処遇改善加算のチェック項目①と③～⑧、⑫～⑭のチェックが付いている。 | <input type="checkbox"/> | 該当 |
|                        | 介護職員等処遇改善加算のチェック項目⑨か⑩のどちらかのチェックが付いている。  | <input type="checkbox"/> | 該当 |
| 介護職員等処遇改善加算(V)<br>(8)  | 介護職員等処遇改善加算のチェック項目①と④～⑫のチェックが付いている。     | <input type="checkbox"/> | 該当 |
| 介護職員等処遇改善加算(V)<br>(9)  | 介護職員等処遇改善加算のチェック項目①と③～⑧、⑫、⑬のチェックが付いている。 | <input type="checkbox"/> | 該当 |
|                        | 介護職員等処遇改善加算のチェック項目⑨か⑩のどちらかのチェックが付いている。  | <input type="checkbox"/> | 該当 |
| 介護職員等処遇改善加算(V)<br>(10) | 介護職員等処遇改善加算のチェック項目①と③～⑧、⑫～⑭のチェックが付いている。 | <input type="checkbox"/> | 該当 |
|                        | 介護職員等処遇改善加算のチェック項目⑨か⑩のどちらかのチェックが付いている。  | <input type="checkbox"/> | 該当 |
| 介護職員等処遇改善加算(V)<br>(11) | 介護職員等処遇改善加算のチェック項目①と④～⑫のチェックが付いている。     | <input type="checkbox"/> | 該当 |
| 介護職員等処遇改善加算(V)<br>(12) | 介護職員等処遇改善加算のチェック項目①と③～⑧、⑫、⑬のチェックが付いている。 | <input type="checkbox"/> | 該当 |
|                        | 介護職員等処遇改善加算のチェック項目⑨か⑩のどちらかのチェックが付いている。  | <input type="checkbox"/> | 該当 |
| 介護職員等処遇改善加算(V)<br>(13) | 介護職員等処遇改善加算のチェック項目①と④～⑧、⑫のチェックが付いている。   | <input type="checkbox"/> | 該当 |
|                        | 介護職員等処遇改善加算のチェック項目⑨か⑩のどちらかのチェックが付いている。  | <input type="checkbox"/> | 該当 |
| 介護職員等処遇改善加算(V)<br>(14) | 介護職員等処遇改善加算のチェック項目①と④～⑧、⑫のチェックが付いている。   | <input type="checkbox"/> | 該当 |
|                        | 介護職員等処遇改善加算のチェック項目⑨か⑩のどちらかのチェックが付いている。  | <input type="checkbox"/> | 該当 |