

【 注 意 】

- ・この加算等自己点検シートは「第1号通所事業」用です。
- ・「通所介護」、「地域密着型通所介護」等の介護給付費に関する加算等自己点検シートは市ホームページよりダウンロードをお願いします。

事業所名：

作成日：

加算等自己点検シート（第1号通所事業）

| 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | 点検書類等 |
|------------------------|--|---------------------------------------|-------|
| 高齢者虐待防止未実施減算 | 指定相当訪問型サービス等基準第61条において準用する同基準第36条に規定する措置を講じていない場合（①虐待防止対策検討委員会の開催②虐待防止指針の整備③虐待防止のための年1回以上の研修④虐待防止措置実施のための担当者の配置） | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| 業務継続計画未策定減算 | 指定相当訪問型サービス等基準第61条において準用する同基準第26条に規定する基準を満たさない事実が生じた場合 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| 感染症又は災害による加算 | 感染症又は災害の発生を理由とする利用者数が5%以上減少 | <input type="checkbox"/> 所定単位数の100分の3 | |
| 同一建物減算 | 事業所と同一建物に居住又は同一建物から通所 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| 送迎を行わない場合の減算 | 利用者に対して、その居宅と事業所との間の送迎を行わない場合 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| 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"/> 該当 | |
| | 利用者に応じた適切なサービス提供 | <input type="checkbox"/> 実施 | |
| 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算 | 利用者の居宅が厚生労働大臣の定める地域 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| 生活機能向上グループ活動加算 | 運動器機能向上加算、栄養改善加算、口腔機能向上加算又は一体的サービス提供加算の算定 | <input type="checkbox"/> なし | |
| | 生活相談員、看護職員、介護職員、機能訓練指導員等が共同して、個別サービス計画を作成 | <input type="checkbox"/> あり | |
| | 1週につき1回以上の実施 | <input type="checkbox"/> 該当 | |

加算等自己点検シート（第 1 号通所事業）

| 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | 点検書類等 |
|---------------|---|-----------------------------|-------|
| 生活機能向上連携加算（Ⅰ） | 指定介護予防訪問リハビリテーション事業所、指定介護予防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、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を作成 | <input type="checkbox"/> 実施 | |
| | 個別機能訓練計画の作成に当たっては、指定介護予防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、指定介護予防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、又は通所型サービス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"/> 実施 | |
| | 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態に応じて計画的に機能訓練を適切に実施 | <input type="checkbox"/> 実施 | |
| | 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を実施 | <input type="checkbox"/> 実施 | |
| | 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 | <input type="checkbox"/> 実施 | |

加算等自己点検シート（第 1 号通所事業）

| 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | 点検書類等 |
|---------------|---|-----------------------------|-------|
| 生活機能向上連携加算（Ⅱ） | 指定介護予防訪問リハビリテーション事業所、指定介護予防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 | <input type="checkbox"/> 実施 | |
| | 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"/> 実施 | |
| | 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、利用者の心身の状態に応じた機能訓練を適切に提供 | <input type="checkbox"/> 実施 | |
| | 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を実施 | <input type="checkbox"/> 実施 | |
| | 理学療法士等は、3月ごとに1回以上通所型サービス事業所を訪問し、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実施 | <input type="checkbox"/> 実施 | |

加算等自己点検シート（第 1 号通所事業）

| 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | 点検書類等 |
|-------------------|---|---|------------------|
| 栄養アセスメント加算 | 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、介護職員等と共同して栄養アセスメント | <input type="checkbox"/> 3 月に 1 回以上実施 | |
| | 利用者の体重測定 | <input type="checkbox"/> 1 月ごとに実施 | |
| | L I F E への提出情報及び、フィードバック情報を活用し、利用者の状態に応じた栄養管理の内容の決定（P l a n）、決定に基づく支援の提供（D o）、支援内容の評価（C h e c k）、評価結果を踏まえた栄養管理の内容の見直し・改善（A c t i o n）の一連のサイクル（P D C A サイクル）によるサービスの質の管理 | <input type="checkbox"/> 実施 | |
| | 定員、人員基準に適合 | <input type="checkbox"/> 基準を満たしている | |
| 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・介護職員等が共同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 | |
| | 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"/> 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、ケアマネ等に対する情報提供 | <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） | 利用者の口腔の健康状態及び栄養状態について確認 | <input type="checkbox"/> 利用開始時及び 6 月ごとに実施 | |
| | 利用者の口腔の状態及び栄養状態に関する情報を利用者の担当職員及び介護支援専門員に提供 | <input type="checkbox"/> 実施 | |
| | 定員、人員基準に適合 | <input type="checkbox"/> 基準を満たしている | |
| | 他の介護サービスの事業所において、当該利用者について、口腔連携強化加算を算定していない | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ） | 利用者の口腔の健康状態又は栄養状態について確認 | <input type="checkbox"/> 利用開始時及び 6 月ごとに実施 | |
| | 利用者の口腔の状態又は栄養状態に関する情報を利用者の担当職員及び介護支援専門員に提供 | <input type="checkbox"/> 実施 | |
| | 定員、人員基準に適合 | <input type="checkbox"/> 基準を満たしている | |
| | 他の介護サービスの事業所において、当該利用者について、口腔連携強化加算を算定していない | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| 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 | <input type="checkbox"/> 配置 | |

加算等自己点検シート（第 1 号通所事業）

| 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | | 点検書類等 |
|-------------|--|--------------------------|----------|---------------------------|
| | 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) |
| | 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 | |
| 一体的サービス提供加算 | 市町村へ届け出て栄養改善サービス及び口腔機能向上サービスを実施 | <input type="checkbox"/> | 該当 | |
| | 利用者がサービスの提供を受けた日において、当該利用者に対し、栄養改善サービス又は口腔機能向上サービスのうちいずれかのサービスを行う日を、1 月に月 2 回以上設けている。 | <input type="checkbox"/> | 該当 | |
| 科学的介護推進体制加算 | 利用者ごとの A D L 値（A D L の評価に基づき測定した値）、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へ提出、活用 | <input type="checkbox"/> | 実施 | |

※ 高齢者虐待防止未実施減算、業務継続計画未策定減算及びサービス提供体制強化加算については、通所介護又は地域密着型通所介護と一体的に加算点検を行ったとみなす取扱いとする。