

事業所名:

作成日:

加算等自己点検シート（介護予防認知症対応型通所介護）

点検項目	点検事項	点検結果	点検書類等
定員超過減算	介護保険法施行規則第140条の24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・併設型指定介護予防認知症対応型通所介護事業所の場合＞ 地域密着型介護予防サービス基準第5条に定める員数を置いている場合	<input type="checkbox"/> 該当	
	＜共用型指定介護予防認知症対応型通所介護事業所の場合＞ 地域密着型介護予防サービス基準第8条に定める員数を置いている場合	<input type="checkbox"/> 該当	
高齢者虐待防止措置未実施減算	虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果について、介護職員その他の従業者に周知徹底を図る。	<input type="checkbox"/> 未実施	
	虐待の防止のための指針を整備する。	<input type="checkbox"/> 未実施	
	介護職員その他の従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的（年1回以上）に実施する	<input type="checkbox"/> 未実施	
	高齢者虐待防止措置を適切に実施するための担当者を置く	<input type="checkbox"/> 非配置	
業務継続計画未策定減算	業務継続計画を策定	<input type="checkbox"/> 未実施	
	従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に実施	<input type="checkbox"/> 未実施	
2時間以上3時間未満の介護予防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時間未満の指定介護予防認知症対応型通所介護を行う場合	<input type="checkbox"/> 該当	
	介護予防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) 利用延人員数計算シート(参考様式)

点検項目	点検事項	点検結果	点検書類等
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	
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に居住している利用者に通常の事業の実施地域を越えて指定通所介護を行った場合	<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、入浴に関する研修を行っている。	<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。	<input type="checkbox"/> 該当	
	入浴介助に関わる職員に対し、入浴に関する研修を行っている。	<input type="checkbox"/> 該当	
	医師、理学療法士、作業療法士、介護福祉士若しくは介護支援専門員又は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、地域包括支援センターの職員その他住宅改修に関する専門的知識及び経験を有する者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。 （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	

点検項目	点検事項	点検結果	点検書類等
	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。（ただし、医師等による利用者の居宅への訪問が困難な場合には、医師等の指示の下、介護職員が利用者の居宅を訪問し、情報通信機器等を活用して把握した浴室における当該利用者の動作及び浴室の環境を踏まえ、医師等が当該評価・助言を行っても差し支えないものとする。）	<input type="checkbox"/> 該当	
	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。（ただし、個別の入浴計画に相当する内容を通所介護計画に記載することをもって個別の入浴計画の作成に代えることができる。）	<input type="checkbox"/> 該当	
	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（利用者の居宅の浴槽の手すりの位置や使用する浴槽の深さ及び高さ等を合わせて、当該事業所の浴室に福祉用具等を設置することにより、利用者の居宅の浴室の状況を再現しているもの）で入浴介助を実施している。	<input type="checkbox"/> 該当	
	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。	<input type="checkbox"/> 該当	

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、当該介護予防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。	<input type="checkbox"/> 該当	
	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において把握し、又は指定介護予防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。	<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態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	

点検項目	点検事項	点検結果	点検書類等
	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	
生活機能向上連携加算（Ⅱ）	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、当該指定介護予防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	
	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態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	

点検項目	点検事項	点検結果	点検書類等
	理学療法士等は、3月ごとに1回以上指定介護予防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	
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	個別機能訓練計画
	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Ⅰを算定している	<input type="checkbox"/> 該当	
個別機能訓練加算（Ⅱ）	個別機能訓練計画の内容等の情報を少なくとも3か月に1回厚生労働省に提出	<input type="checkbox"/> 該当	
	機能訓練の実施に当たり、当該情報その他機能訓練の適切かつ有効な実施のために必要な情報（LIFEへの提出情報及びフィードバック情報）を活用した場合	<input type="checkbox"/> 該当	

点検項目	点検事項	点検結果	点検書類等
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）
	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	
	月の算定回数	<input type="checkbox"/> 2回以下	

点検項目	点検事項	点検結果	点検書類等
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へ提供	<input type="checkbox"/> 該当	
	本事業所以外で既に口腔・栄養スクリーニング加算を算定	<input type="checkbox"/> 非該当	
	栄養アセスメント加算を算定している間である又は当該利用者が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であ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（栄養状態のスクリーニングを行った結果、栄養改善サービスが必要であると判断され、栄養改善サービスが開始された日の属する月を除く。）	<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の属する月（口腔の健康状態のスクリーニングを行った結果、口腔機能向上サービスが必要であると判断され、口腔機能向上サービスが開始された日の属する月を除く。）	<input type="checkbox"/> 非該当	
	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）	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	
	(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について確認し情報を担当の介護支援専門員へ提供	<input type="checkbox"/> 該当	
	本事業所以外で既に口腔・栄養スクリーニング加算を算定	<input type="checkbox"/> 非該当	
	栄養アセスメント加算を算定している間である又は当該利用者が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であ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（栄養状態のスクリーニングを行った結果、栄養改善サービスが必要であると判断され、栄養改善サービスが開始された日の属する月を除く。）	<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の属する月	<input type="checkbox"/> 非該当	
	(2) いずれにも適合		
	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関する情報を介護支援専門員に提供	<input type="checkbox"/> 該当	
	本事業所以外で既に口腔・栄養スクリーニング加算を算定	<input type="checkbox"/> 非該当	

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を算定している、かつ、当該利用者が 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 又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	

点検項目	点検事項	点検結果		点検書類等
	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ている間及び当該口腔機能向上サービスが終了した日の属する月（口腔の健康状態のスクリーニングを行った結果、口腔機能向上サービスが必要であると判断され、口腔機能向上サービスが開始された日の属する月を除く。）	<input type="checkbox"/>	該当	
	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（Ⅰ）	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)
	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"/>	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	
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)
	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"/>	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	
	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に提出	<input type="checkbox"/>	実施	
科学的介護推進体制加算	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利用者の心身の状況等に係る基本的な情報を、少なくとも3か月に1回厚生労働省に提出	<input type="checkbox"/>	実施	
	必要に応じて認知症対応型共同生活介護計画を見直すなど、指定認知症対応型共同生活介護の提供に当たって、上記に規定する情報その他指定認知症対応型共同生活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	<input type="checkbox"/>	該当	

点検項目	点検事項	点検結果	点検書類等
同一建物減算	指定介護予防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介護予防認知症対応型通所介護事業所と同一建物から当該指定介護予防認知症対応型通所介護事業所に通う者に対し指定介護予防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	指定介護予防認知症対応型通所介護事業所の従業者が、利用者に対し、その居宅と指定介護予防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）	次の（１）又は（２）のいずれかに該当	<input type="checkbox"/> 該当	
	（１）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	<input type="checkbox"/> 該当	
	（２）介護職員の総数のうち勤続年数が10年以上の介護福祉士の占める割合が100分の25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（Ⅱ）又は（Ⅲ）を算定していない	<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数が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（Ⅰ）又は（Ⅲ）を算定していない	<input type="checkbox"/> 該当	
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	介護職員総数のうち介護福祉士の数４割以上又はサービスを直接提供する職員のうち勤続年数７年以上の者の数３割以上	<input type="checkbox"/> 該当	
	次の（１）、（２）のいずれかに該当	<input type="checkbox"/> 該当	
	（１）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	
	（２）利用者に直接サービスを提供する職員の総数のうち勤続年数７年以上の職員の占める割合が100分の30以上	<input type="checkbox"/> 該当	
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	