

自己点検票(認知症対応型通所介護・介護予防認知症対応型通所介護)

項目	確認事項	根拠法令等	はい	非該当	いいえ
一 基本方針	1 基本方針 認知症対応型通所介護の事業は、認知症である利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう生活機能の維持又は向上を目指し、必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るものになっているか。	運営基準第41条 予防基準第4条 基準について第三の三の1の①	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
二 人員に関する基準	1-1 従業員の員数【単独型・併設型】 (1) 生活相談員 ①サービスの提供日ごとに、サービスを提供している時間帯に生活相談員が勤務している時間数の合計数をサービスを提供している時間帯の時間数で除して得た数が1以上確保されているか。 ②生活相談員は、社会福祉法第19条第1項各号のいずれかに該当する者又はこれらと同等以上の能力を有する者が配置されているか。 (2) 看護職員又は介護職員 単位ごとに、専ら当該サービスの提供にあたる看護職員(看護師又は准看護師)又は介護職員が1以上及び看護職員又は介護職員が勤務している時間数の合計数をサービスを提供している時間数で除して得た数が1以上確保されるために必要な数を配置しているか。 ※「専ら当該サービスの提供にあたる看護職員又は介護職員」は、提供時間帯を通じて専従する必要はない。また、他の当該サービスの単位に看護職員又は介護職員として従事することも可能。 (3) 機能訓練指導員 ①機能訓練指導員を1以上配置しているか。 ②機能訓練指導員は、必要な訓練を行う能力を有している者(※)が配置されているか。 ※理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護師、准看護師、柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師 ※はり師及びきゅう師については、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護師、准看護師、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。 (4) 指定認知症対応型通所介護の単位の利用定員 12人以下であるか。 (5) 看護職員又は介護職員 常時1人以上従事させているか。 (6) 生活相談員、看護職員又は介護職員 上記のうち1名以上は常勤となっているか。	運営基準第42条 予防基準第5条 基準について第三の三の2の(1)の①から③	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1-2 従業員の員数【共用型】 当該利用者、当該入居者又は当該入所者の数と当該共用型指定認知症対応型通所介護の利用者の数を合計した数について、運営基準第90条、第110条若しくは第131条又は予防基準第70条に規定する従業者の員数を満たすために必要な数を配置しているか。	運営基準第45条 予防基準第8条 基準について第三の三の2の(2)の①から②	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2-1 管理者【単独型・併設型】 (1) 単独型・併設型指定認知症対応型通所介護事業者は、単独型・併設型指定認知症対応型通所介護事業所ごとに専らその職務に従事する常勤の管理者を置いているか。ただし、事業所の管理上支障がない場合、他の職務に従事し、又は同一敷地内にある他の事業所、施設等の職務に従事することができるものとする。	運営基準第43条 予防基準第6条 基準について第三の三の2の(1)の④ 平24厚告113第二号 平成24年3月16日付「地域密着研修通知」	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項目	確認事項	根拠法令等	はい	非該当	いいえ
二 人員に関する基準	(2) 管理者は「認知症対応型サービス事業管理者研修」を修了しているか。 ただし、管理者の変更の届出を行う場合については、管理者交代時の都道府県における研修の開催状況等を踏まえ、新たに管理者を配置し、かつ、市町村からの推薦を受けて都道府県に研修の申し込みを行い、当該管理者が研修を修了することが確実に見込まれる場合は当該管理者が研修を修了していない場合であっても差し支えない。	運営基準第43条 予防基準第6条 基準について第三の三の2の(1)の④ 平24厚告113第二号 平成24年3月16日付「地域密着研修通知	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2-2 管理者【共用型】	運営基準第47条 予防基準第10条 基準について第三の三の2の(2)の④	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(1) 常勤の管理者を配置しているか。 管理者が他の職種等を兼務している場合、兼務形態は適切か。 ただし、事業所の管理上支障がない場合、他の職務に従事し、又は同一敷地内にある他の事業所、施設等の職務に従事することができるものとする。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 管理者は、適切なサービスを提供するために必要な知識及び経験を有する者であって、厚生労働大臣が定める研修を修了したものとなっているか。 ただし、管理者の変更の届出を行う場合については、管理者交代時の都道府県における研修の開催状況等を踏まえ、新たに管理者を配置し、かつ、市町村からの推薦を受けて都道府県に研修の申し込みを行い、当該管理者が研修を修了することが確実に見込まれる場合は当該管理者が研修を修了していない場合であっても差し支えない。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 利用定員【共用型】	事業所の利用定員は、事業所または施設ごとに、1日当たり3人以下となっているか。 当該事業者は、指定居宅サービス事業等(※)の運営について3年以上の経験を有する者となっているか。 ※「指定居宅サービス事業等」とは、指定居宅サービス、指定地域密着型サービス、指定居宅介護支援、指定介護予防サービス、指定地域密着型介護予防サービス、指定介護予防支援の事業又は介護保険施設若しくは指定介護療養型医療施設をいう。	運営基準第46条 予防基準第9条 基準について第三の三の2の(2)の③	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
三 設備に関する基準	1 設備及び備品等	運営基準第44条 予防基準第7条 基準について第三の三の2の(1)の⑤	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(1) 単独型・併設型指定認知症対応型通所介護事業所は、食堂、機能訓練室、静養室、相談室及び事務室を有しているか。また、消火設備その他の非常災害に際して必要な設備並びにサービスの提供に必要なその他の設備・備品を備えているか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) (1)に掲げる設備の基準を満たしているか。 ①食堂及び機能訓練室 それぞれ必要な広さがあり、その合計した面積は3平方メートルに利用定員を乗じて得た面積以上となっているか。 ※食堂及び機能訓練室は、食事の提供の際にはその提供に支障がない広さを確保でき、かつ、機能訓練を行う際には、その実施に支障がない広さを確保できていれば、同一の場所として可。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	②相談室 遮へい物の設置など相談の内容が漏えいしないよう配慮されているか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③消火設備その他非常災害に際して必要な設備 消防法その他法令等に規定された設備は確実に設置されているか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

項目	確認事項	根拠法令等	はい	非該当	いいえ
四 運営に関する基準	1 内容及び手続きの説明及び同意 重要事項(※)を記した文書を交付し、利用者又はその家族に対し説明を行い、利用申込者の同意を得ているか。 ※「重要事項」とは、運営規程の概要、勤務体制、事故発生時の対応等、利用申込者のサービス選択に資すると認められる事項をいう。	運営基準第61条(第3条の7準用) 予防基準第11条 基準について第三の三の3の(8)(第三の一の4の(2)参照)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2 提供拒否の禁止 正当な理由なくサービスの提供を拒んだことはないか。 ※正当な理由例とは ①当該事業所の現員では利用申込に応じきれない場合 ②利用申込者の居住地が、当該事業所の通常の事業の実施地域外である場合 ③その他利用申込者に対し、自ら適切なサービスを提供することが困難な場合	運営基準第61条(第3条の8準用) 予防基準第12条 基準について第三の三の3の(8)(第三の一の4の(3)参照)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3 サービス提供困難時の対応 自ら適切なサービス提供が困難であると認めた場合、当該利用申込者に係る居宅介護支援事業者への連絡、適当な他事業者等の紹介など必要な措置を速やかに取っているか。	運営基準第61条(第3条の9準用) 予防基準第13条 基準について第三の三の3の(8)(第三の一の4の(4)参照)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4 受給資格等の確認 介護サービスの提供を求められた場合は、その者の提示する被保険者証によって、被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間を確かめているか。 また、被保険者証に認定審査会意見が記載されている場合には配慮して介護サービスを提供しているか。	運営基準第61条(第3条の10準用) 予防基準第14条 基準について第三の三の3の(8)(第三の一の4の(5)参照)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5 要介護認定の申請に係る援助 (1) 利用申込者が要介護認定を受けていない場合、既に要介護認定の申請をしているか確認し、申請していない場合、利用者の意思を踏まえて速やかに申請が行われるよう必要な援助を行っているか。 (2) 指定認知症対応型通所介護事業者は、指定居宅介護支援が利用者に対して行われていない等の場合であって必要と認めるときは、要介護認定の更新の申請が、遅くとも当該利用者の受けている要介護認定の有効期間が終了する30日前までに行われるよう、必要な援助を行っているか。	運営基準第61条(第3条の11準用) 予防基準第15条 基準について第三の三の3の(8)(第三の一の4の(6)参照)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	6 心身の状況等の把握 サービス担当者会議等を通じて利用者の心身の状況等の把握に努めているか。	運営基準第61条(第23条準用) 予防基準第16条	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	7 居宅介護支援事業者等との連携 (1) 介護サービスを提供するに当たっては、指定居宅介護支援事業者その他保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めているか。 (2) 介護サービスの提供の終了に際しては、利用者又はその家族に対して適切な指導を行うとともに、当該利用者に係る指定居宅介護支援事業者に対する情報の提供及び保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めているか。	運営基準第61条(第3条の13第1項準用) 予防基準第17条 基準について第三の三の3の(8)(第三の一の4の(7)参照)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	8 法定代理受領サービスの提供を受けるための援助 利用者に対して、法定代理受領サービスについて説明し、必要な援助を行っているか。	運営基準第61条(第3条の14準用) 予防基準第18条 基準について第三の三の3の(8)(第三の一の4の(8)参照)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項目	確認事項	根拠法令等	はい	非該当	いいえ
四 運 営 に 関 す る 基 準	9 居宅サービス計画に沿ったサービスの提供 居宅サービス計画が作成されている場合は、当該計画に沿ったサービスを提供しているか。	運営基準第61条(第3条の15準用) 予防基準第19条 基準について第三の三の3の(8)(第三の一の4の(9)参照)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	10 居宅サービス計画等の変更の援助 利用者が居宅サービス計画の変更を希望する場合は、当該利用者に係る指定居宅介護支援事業者への連絡その他必要な援助を行っているか。	運営基準第61条(第3条の16準用) 予防基準第20条 基準について第三の三の3の(8)(第三の一の4の(10)参照)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	11 サービス提供の記録 (1) 介護サービスを提供した際は、指定認知症対応型通所介護の提供日及び内容、地域密着型介護サービス費の額その他必要な事項を、居宅サービス計画を記載した書面又はこれに準ずる書面に記載しているか。	運営基準第61条(第3条の18準用) 予防基準第21条 基準について第三の三の3の(8)(第三の一の4の(12)参照)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 介護サービスを提供した際には、提供した具体的なサービスの内容等を記録し、利用者からの申出があった場合には、文書の交付その他適切な方法により、その情報を利用者に対して提供しているか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	12 利用料等の受領 (1) 法定代理受領サービスに該当する指定認知症対応型通所介護を提供した際には、利用者から利用者負担分の支払を受けているか。	運営基準第61条(第24条準用) 予防基準第22条 基準について第三の三の3の(8)(第三の二の二の3の(1)参照)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 法定代理受領サービスである場合と、そうでない場合との間に不合理な差額が生じないようにしているか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 以下のサービスの提供に当たっては、予め利用者又はその家族に対し、当該サービス内容及び費用について説明を行い、同意を得ているか。 イ 利用者の選定により通常の事業の実施地域外の地域に居住する利用者に対して行う送迎に要する費用 ロ 指定認知症対応型通所介護に通常要する時間を超えるサービス提供で、利用者の選定に係るものの提供に伴い必要となる費用の範囲内において、通常の指定認知症対応型通所介護に係る地域密着型介護サービス費用基準額を超える費用 ハ 食事の提供に要する費用 ニ オムツ代 ホ 指定認知症対応型通所介護の提供において提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係る費用であって、利用者負担とすることが適当な費用		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 領収証について イ サービスの提供に要した費用について支払を受ける際、利用者に対し領収証を交付しているか。 ロ 上記イの領収証に保険給付の対象額とその他の費用を区分して記載し、その他の費用については個別の費用ごとに区分して記載しているか。		法第42条の2第9項(第41条第8項準用) 則第65条の5(第65条準用)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	13 保険給付の請求のための証明書の交付 法定代理受領サービスに該当しない、認知症対応型通所介護に係る利用料の支払いを受けた場合は、サービス提供証明書を利用者に交付しているか。	運営基準第61条(第3条の20準用) 予防基準第23条 基準について第三の三の3の(8)(第三の一の4の(14)参照)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	14 認知症対応型通所介護の基本取扱方針 (1) 利用者の認知症の症状の進行の緩和に資するよう、その目標を設定し、計画的に行っているか。	運営基準第50条 基準について第三の三の3の(1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 事業者は、自らその提供するサービスの質の評価を行い、常にその改善を図っているか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項目	確認事項	根拠法令等	はい	非該当	いいえ
四 運 営 に 関 す る 基 準	15 認知症対応型通所介護の具体的取扱方針	運営基準第51条 基準について第三の 三の3の(1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(1) 利用者が住み慣れた地域での生活を継続することができるよう、地域住民との交流や地域活動への参加を図りつつ、利用者の心身の状況を踏まえ、妥当適切に行っているか。				
	(2) 利用者一人一人の人格を尊重し、利用者がそれぞれの役割を持って日常生活を送ることができるよう配慮して行っているか。				
	(3) サービスの提供に当たっては、認知症対応型通所介護計画に基づき、漫然かつ画一的にならないように、利用者の機能訓練及びその者が日常生活を営むことができるよう必要な援助を行っているか。				
	(4) 従業者は、サービスの提供に当たっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し、サービスの提供方法等について、理解しやすいように説明を行っているか。				
	(5) サービスの提供に当たっては、介護技術の進歩に対応し、適切な介護技術をもって行っているか。				
	(6) 常に利用者の心身の状況を的確に把握しつつ、相談援助等の生活指導、機能訓練その他必要なサービスを利用者の希望に添って適切に提供しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	16 認知症対応型通所介護計画の作成	運営基準第52条 基準について第三の 三の3の(2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(1) 利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、機能訓練の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した認知症対応型通所介護計画を作成しているか。				
	(2) 認知症対応型通所介護計画は、居宅サービス計画の内容に沿って作成されているか。また、必要に応じて変更しているか。				
	(3) 認知症対応型通所介護計画書の内容について利用者又はその家族に説明し、利用者から同意を得ているか。				
	(4) 認知症対応型通所介護計画書を利用者に交付しているか。				
	(5) 提供したサービスの実施状況や目標の達成状況の記録を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	17 指定介護予防認知症対応型通所介護の具体的取扱方針(介護予防)	予防基準第42条 基準について第四の 三の1の(2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(1) サービスの提供に当たっては、主治の医師又は歯科医師からの情報伝達やサービス担当者会議を通じる等の適切な方法により、利用者の心身の状況、その置かれている環境等利用者の日常生活全般の状況の的確な把握を行っているか。				
	(2) 管理者は、(1)で把握した利用者の日常生活全般の状況及び希望を踏まえて、指定介護予防認知症対応型通所介護の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容、サービスの提供を行う期間等を記載した介護予防認知症対応型通所介護計画(以下「通所介護計画」という。)を作成しているか。				
	(3) 通所介護計画は、既に介護予防サービス計画が作成されている場合は、当該計画の内容に沿って作成されているか。				
	(4) 管理者は、通所介護計画の作成にあたっては、その内容について利用者またはその家族に対して説明し、利用者の同意を得ているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

項目	確認事項	根拠法令等	はい	非該当	いいえ
四 運 営 に 関 す る 基 準	(5) 管理者は、通所介護計画を作成した際には、当該通所介護計画を利用者に交付しているか。	予防基準第42条 基準について第四の 三の1の(2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) サービスの提供に当たっては、利用者が住み慣れた地域での生活を継続することができるよう、地域住民との交流や地域活動への参加を図りつつ、利用者の心身の状況を踏まえ、妥当適切に行っているか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(7) サービスの提供に当たっては、利用者一人一人の人格を尊重し、利用者がそれぞれの役割を持って日常生活を送ることができるよう配慮して行っているか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(8) サービスの提供に当たっては、通所介護計画に基づき、利用者が日常生活を営むのに必要な支援を行っているか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(9) サービスの提供に当たっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し、サービスの提供方法等について、理解しやすいように説明を行っているか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(10) サービスの提供に当たっては介護技術の進歩に対応し、適切な介護技術をもってサービスの提供を行っているか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(11) 従業者は、通所介護計画に基づくサービス提供の開始時から、当該通所介護計画に記載したサービスの提供を行う期間が終了するまでに、少なくとも1回はモニタリングを行っているか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(12) 管理者は、当該モニタリングの結果を記録し、当該記録を当該サービスの提供に係る介護予防サービス計画を作成した指定介護予防支援事業者に報告しているか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(13) 管理者は、モニタリングの結果を踏まえ、必要に応じて通所介護計画の変更を行っているか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	18 利用者に関する市町村への通知 利用者が以下の事項に該当する場合には遅滞なく市町村への通知を行っているか。 ① 正当な理由なしにサービス利用に関する指示に従わないことにより、要介護状態の程度を増進させたと認められる場合 ② 偽りその他不正な行為により給付を受けた又は受けようとした場合		運営基準第61条(第3条の26準用) 予防基準第24条 基準について第三の三の3の(8)(第三の一の4の(18)参照)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 緊急時等の対応 訪問介護員等は、サービスの提供を行っているときに利用者の病状の急変など、緊急時には速やかに主治医への連絡を行うなど必要な措置を講じているか。	運営基準第61条(第12条準用) 予防基準第25条 基準について第三の三の3の(8)(第三の二の4の(3)参照)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20 管理者の責務 (1) 管理者は、事業所の従業者の管理及び利用の申込みに係る調整、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行っているか。 (2) 管理者は、当該事業所の従業者に運営に関する規定を遵守させるために必要な指揮命令を行っているか。	運営基準第61条(第28条準用) 予防基準第26条 基準について第三の三の3の(8)(第三の二の3の(4)参照)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

項目	確認事項	根拠法令等	はい	非該当	いいえ
四 運営に関する基準	21 運営規程 以下の事業の運営についての重要事項に関する規程を定めているか。 ①事業の目的及び運営の方針 ②従業者の職種、員数及び職務内容 ③営業日及び営業時間 ④指定認知症対応型通所介護の利用定員 ⑤指定認知症対応型通所介護の内容及び利用料その他の費用の額 ⑥通常の事業の実施地域 ⑦サービス利用に当たっての留意事項 ⑧緊急時等における対応方法 ⑨非常災害対策 ⑩虐待の防止のための措置に関する事項(令和6年3月31日まで努力義務) ⑪その他運営に関する重要事項	運営基準第54条 予防規程第27条 基準について第三の三の3の(3)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	22 勤務体制の確保等 (1) 利用者に対し、適切なサービスを提供できるよう事業所ごとに勤務の体制(日々の勤務時間、常勤・非常勤の別等)を定めているか。	運営基準第61条(第30条準用) 予防基準第28条 基準について第三の三の3の(8)(第三の二の二の3の(6)参照)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 当該事業所の従業者によってサービスを提供しているか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 従業者に対して研修の機会を確保しているか。(令和6年3月31日まで努力義務) その際、当該指定地域密着型通所介護事業者は、全ての地域密着型通所介護従業者(看護師、准看護師、介護福祉士、介護支援専門員、法第8条第2項に規定する政令で定める者等の資格を有する者その他これに類する者を除く。)に対し、認知症介護に係る基礎的な研修を受講させるために必要な措置を講じているか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 指定地域密着型通所介護事業者は、適切な指定地域密着型通所介護の提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより地域密着型通所介護従業者の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じているか。	運営基準第61条(第30条準用) 予防基準第28条 基準について第三の三の3の(8)(第三の二の二の3の(6)参照)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 業務継続計画の策定等(令和6年3月31日まで努力義務) (1) 指定認知症対応型通所介護事業者は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定認知症対応型通所介護の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画(以下「業務継続計画」という。)を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じているか。	運営基準第61条(第3条の30の2準用) 予防基準第28条の2 基準について第三の三の3の(8)(第三の二の二の3の(7)参照)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2) 指定認知症対応型通所介護事業者は、認知症対応型通所介護従業者に対し、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実施しているか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(3) 指定認知症対応型通所介護事業者は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行っているか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
24 定員の遵守 利用定員を超えてサービスの提供を行っていないか。	運営基準第61条(第31条準用) 予防基準第29条	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

項目	確認事項	根拠法令等	はい	非該当	いいえ	
四 運 営 に 関 す る 基 準	25 非常災害対策	運営基準第61条(第32条準用) 予防基準第30条 基準について第三の三の3の(8)(第三の二の二の3の(8)の①参照)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(1) 指定認知症対応型通所介護事業者は、非常災害に関する具体的な計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連携の体制を整備し、定期的に、それらを従業者に周知するとともに、避難訓練、救出訓練その他必要な訓練を行っているか。					
	(2) 指定認知症対応型通所介護事業者は、前項に規定する訓練の実施に当たって、地域住民の参加が得られるよう連携に努めているか。	運営基準第61条(第32条準用) 予防基準第30条 基準について第三の三の3の(8)(第三の二の二の3の(8)の②参照)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	26 衛生管理等	運営基準第61条(第33条準用) 予防基準第31条 基準について第三の三の3の(5)(第三の二の二の3の(9)の①参照)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(1) 利用者の使用する施設、食器その他の設備・飲料水について、衛生的な管理に努め又は衛生上必要な措置を講じているか。					
	①食中毒及び感染症の発生を防止するための措置等について、必要に応じ保健所の助言・指導を求めるとともに、綿密な関係を図っているか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	②インフルエンザ、腸管出血性大腸菌群、レジオネラ症等の対策について、その発生及びまん延を防止するための適切な措置を講じているか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	③空調設備等により施設内も適温の確保に努めているか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(2) 指定認知症対応型通所介護事業者は、指定認知症対応型通所介護事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じるよう努めているか。(令和6年3月31日まで努力義務)	運営基準第61条(第33条準用) 予防基準第31条 基準について第三の三の3の(5)(第三の二の二の3の(9)の②参照)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	①当該指定認知症対応型通所介護事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会(テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。)をおおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、認知症対応型通所介護従業者に周知徹底を図っているか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
②当該指定認知症対応型通所介護事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための指針を整備しているか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
③当該指定認知症対応型通所介護事業所において、認知症対応型通所介護従業者に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的実施しているか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
27 掲示	運営基準第61条(第3条の32準用) 予防基準第32条 基準について第三の三の3の(8)(第三の一の4の(25)参照)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
事業所の見やすい場所に、運営規程の概要、従業者の勤務の体制その他利用申込者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を掲示しているか。 上記に規定する事項を記載した書面を当該指定認知症対応型通所介護事業所に備え付け、かつ、これをいつでも関係者に自由に閲覧させることにより掲示に変えることができる。						

項目	確認事項	根拠法令等	はい	非該当	いいえ
四 運 営 に 関 す る 基 準	28 秘密保持等 (1) 従業者又は従業者であった者が正当な理由なく、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らしていないか。またその秘密を漏らすことがないよう必要な措置を講じているか。	運営基準第61条(第3条の33準用) 予防基準第33条 基準について第三の三の3の(8)(第三の一の4の(26)の①,②参照)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) サービス担当者会議等において利用者若しくはその家族の個人情報を用いる場合の同意を書面により得ているか(サービス提供開始時における包括的な同意で可)。	運営基準第61条(第3条の33準用) 予防基準第33条 基準について第三の三の3の(8)(第三の一の4の(26)の③参照)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	29 広告 虚偽または誇大な広告をしていないか。	運営基準第61条(第3条の34準用) 予防基準第34条	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	30 居宅介護支援事業者に対する利益供与の禁止 居宅介護支援事業者又はその従業者に対して、利用者に特定の事業者によるサービスを利用させることの対償として、金品その他の財産上の利益を供与していないか。	運営基準第61条(第3条の35準用) 予防基準第35条 基準について第三の三の3の(8)(第三の一の4の(27)参照)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	31 苦情処理 (1) 提供したサービスに係る利用者及びその家族からの苦情に迅速かつ適切に対応するために、相談窓口、苦情処理の体制及び手順等苦情を処理するために講ずる措置の概要を明らかにし、利用申込者又はその家族にサービスの内容を説明する文書に苦情に対する対応の内容についても併せて記載するとともに、事業所に掲示すること等必要な措置を講じているか。	運営基準第61条(第3条の36準用) 予防基準第36条 基準について第三の三の3の(4)(第三の一の4の(28)の①参照)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 苦情を受け付けた場合には、組織として迅速かつ適切に対応するため、当該苦情の受付日、その内容等を記録し、2年間保存しているか。	運営基準第61条(第3条の36準用) 予防基準第36条 基準について第三の三の3の(4)(第三の一の4の(28)の②参照)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 法第23条の規定による市町村の求め、質問若しくは照会に応じ、及び利用者からの苦情に関して市町村が行う調査に協力するとともに、市町村から指導又は助言を受けた場合においては、当該指導又は助言に従って必要な改善を行っているか。また、市町村から求めがあった場合には、改善の内容を市町村に報告しているか。	運営基準第61条(第3条の36準用) 予防基準第36条 基準について第三の三の3の(4)(第三の一の4の(28)の③参照)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4) 利用者からの苦情に関して国民健康保険団体連合会が行う法第176条第1項第三号の調査に協力するとともに、国民健康保険団体連合会から指導又は助言を受けた場合には、当該指導又は助言に従って必要な改善を行っているか。また、国民健康保険団体連合会から求めがあった場合には、改善の内容を国民健康保険団体連合会に報告しているか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
32 地域との連携 (1) 指定認知症対応型通所介護事業の提供に当たっては、利用者、利用者の家族、地域住民の代表者、当該事業所が所在する市町村の職員又は当該事業所が所在する区域を管轄する地域包括支援センターの職員、指定認知症対応型通所介護について知見を有する者等により構成される協議(テレビ電話等を活用して行うことができるが、利用者又はその家族が参加する場合にあっては、テレビ電話等の活用について同意を得ること。)(以下この項において「運営推進会議」という。)を設置し、おおむね6月に1回以上、運営推進会議に対し活動状況を報告し、運営推進会議による評価を受けるとともに、運営推進会議から必要な要望、助言等を聴く機会を設けているか。 ※なお、一定の条件を満たす場合においては、複数の事業所の介護・医療連携推進会議を合同で開催して差し支えない。	運営基準第34条 予防基準第39条 基準について第三の三の3の(8)(第三の二の二の3の(10)参照)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

項目	確認事項	根拠法令等	はい	非該当	いいえ
四 運営に関する基準	(2) 運営推進会議の報告、評価、要望、助言等についての記録を作成し、当該記録を公表しているか。また、運営推進会議における報告等の記録は、2年間保存しているか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 事業の運営に当たっては、地域住民又はその自発的な活動等との連携及び協力を行う等の地域との交流を図っているか。	運営基準第34条 予防基準第39条 基準について第三の三の3の(8)(第三の二の二の3の(10)参照)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 事業の運営に当たっては、提供したサービスに関する利用者からの苦情に関して、区市町村等が派遣する者が相談及び援助を行う事業その他の区市町村が実施する事業に協力するよう努めているか。 ※「区市町村が実施する事業」には、介護サービス相談員派遣事業のほか、広く区市町村が老人クラブ、婦人会その他の非営利団体や住民の協力を得て行う事業が含まれる。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 当該事業所の所在する同一の建物に居住する利用者に対してサービスを提供する場合には、当該建物に居住する利用者以外の者に対してもサービスの提供を行うよう努めているか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	33 事故発生時の対応	運営基準第61条(第35条準用) 予防基準第37条 基準について第三の三の3の(8)(第三の二の二の3の(11)参照)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(1) 事故が発生した場合は、市町村、当該利用者の家族、当該利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じているか。また、事故の状況や処置について記録しているか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2) 賠償すべき事故が発生した場合は損害賠償を速やかに行なっているか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(3) 事故が生じた際には、原因を究明し、再発生を防ぐための対策を講じているか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
34 虐待の防止(令和6年3月31日まで努力義務)	運営基準第61条(第3条の38の2準用) 予防基準第37条の2 基準について第三の三の3の(6)(第三の一の4の(31)参照)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
虐待の発生又はその再発を防止するため、次の各号に掲げる措置を講じているか。 ①当該事業所における虐待防止のための対策を検討する委員会(テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。)を定期的に開催するとともに、その結果について、従業員に周知徹底を図ること ②当該事業所における虐待の防止のための指針を整備すること。 ③当該事業所において、従業員に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施すること。 ④前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置くこと。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
35 会計の区分	運営基準第61条(第3条の39準用) 予防基準第38条 基準について第三の三の3の(8)(第三の一の4の(32)参照)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
事業所ごとに経理を区分するとともに、指定認知症対応型通所介護の事業の会計と他の事業との会計を区分しているか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
36 記録の整備	運営基準第60条 予防基準第40条 基準について第三の三の3の(7)(第三の二の二の3の(13)参照)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(1) 従業員、設備、備品及び会計に関する諸記録を整備しているか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2) 指定地域密着型通所介護事業者は、利用者に対する指定地域密着型通所介護の提供に関する次に掲げる記録を整備し、当該利用者の契約終了の日から2年間保存しているか。 一 認知症対応型通所介護計画 二 提供したサービスの具体的な内容等の記録 三 区市町村への通知に係る記録 四 苦情の内容等の記録 五 事故の状況及び処置についての記録 六 報告、評価、要望、助言等の記録		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

項目	確認事項	根拠法令等	はい	非該当	いいえ
五 変更の届出等	1 変更の届出等 指定認知症対応型通所介護事業者は、当該指定に係る事業所の名称及び所在地その他厚生労働省令で定める事項に変更があったとき、又は休止した当該指定密着型サービスの事業を再開したときは、厚生労働省令で定めるところにより、十日以内に、その旨を市町村長に届け出ているか。 ①事業所の名称及び所在地 ②申請者の名称及び主たる事務所の所在地並びにその代表者の氏名、生年月日、住所及び職名 ③申請者の定款、寄付行為等及びその登記事項証明書又は条例等 ④事業所の平面図並びに設備の概要 ⑤事業所の管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴 ⑥運営規程 ⑦地域密着型サービス費の請求に関する事項 ⑧役員の氏名、生年月日及び住所	法第78条の5第1項 則第131条の13第1項 第四号	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

認知症対応型通所介護費

六 介護給付費の算定及び取扱い	1 所要時間の取扱い 所要時間による区分については、現に要した時間ではなく、認知症対応型通所介護計画に位置づけられた内容の指定認知症対応型通所介護を行うのに要する標準的な時間で、それぞれ所定単位数を算定しているか。 ただし、利用者の数又は看護職員若しくは介護職員の員数が平成12年厚生省告示第27号の六(厚生労働大臣が定める利用者等の数の基準及び看護職員等の員数の基準並びに認知症対応型通所介護費等の算定方法)に該当する場合(利用者定員超過又は職員数が基準を満たさない場合)は、同告示により算定しているか。	厚告126号別表3の注1 留意事項について第2の4の(1)(第2の3の2の(1)参照) 厚告96号第二十八号	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2 短時間の場合の取扱い 心身の状況その他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である利用者に対して、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は、施設基準に掲げる区分に従い、「所要時間4時間以上5時間未満の場合」の所定単位数の100分の63に相当する単位数を算定しているか。	厚告126号別表3の注2 留意事項について第2の4の(2)(第2の3の2の(2)参照) 厚告94号第三十六号	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3 感染症又は災害を理由とする利用者数減少が生じている場合の取扱い 感染症又は災害の発生を理由とする利用者の減少が生じ、当該月の利用者数の実績が前年度における月平均の利用者数より100分の5以上減少している場合に、市町村長に届け出た指定認知症対応型通所介護事業所がサービスの提供を行った場合は利用者数が減少した月の翌々月から3月以内に限り、1回につき所定単位数の100分の3に相当する単位数を所定単位数に加算しているか。ただし、経営改善に時間を要することその他の特別な事情があると認められた場合は、当該加算が終了した月の翌月から3月以内に限り、引き続き加算することができる。	厚告126号別表3の注3 留意事項について第2の4の(3)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4 9時間以上の場合に係る加算(延長加算) (1) 日常生活上の世話をを行った後に引き続き所要時間8時間以上9時間未満の指定認知症対応型通所介護を行った場合又は所要時間8時間以上9時間未満の指定認知症対応型通所介護を行った後に引き続き日常生活上の世話を行った場合であって、当該指定認知症対応型通所介護の所要時間と当該指定認知症対応型通所介護の前後に行った日常生活上の世話の所要時間を通算した時間(算定対象時間)が9時間以上となる時は、算定対象時間が9時間以上10時間未満の場合は50単位を、10時間以上11時間未満の場合は100単位を、11時間以上12時間未満の場合は150単位を、12時間以上13時間未満の場合は200単位を、13時間以上14時間未満の場合は250単位を所定単位数に加算しているか。 (2) 当該事業所の実情に応じて、適当数の従業者を配置しているか。 (3) 当該事業所の利用者が、当該事業所を利用した後に、引き続き当該事業所の設備を利用して宿泊する場合や、宿泊した翌日において当該事業所の認知症対応型通所介護の提供を受ける場合に当該加算を算定していないか。	厚告126号別表3のイからロの注4 留意事項について第2の4の(4)(第2の3の2の(4)参照)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項目	確認事項	根拠法令等	はい	非該当	いいえ
六 介護給付費の算定及び取扱い	5 サービス提供が通常の事業の実施地域を越える場合の取扱い 指定認知症対応型通所介護事業所の従業者が、平成21年厚生労働省告示83号の2に定める地域に居住している利用者に対して、指定地域密着型サービス基準54条第六号に規定する通常の事業の実施地域を越えて、サービスを提供した場合は、1日につき所定の単位数から100分の5に相当する単位数を所定単位数に加算しているか。	厚告126号別表3の注5 留意事項について第2の4の(5)(第2の3の2の(7)参照)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	6 入浴介助加算 次に掲げる基準に適合しているものとして入浴介助を行った場合は、1日につき次に掲げる単位数を所定単位数に加算しているか。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。	厚告126号別表3の注6 留意事項について第2の4の(9)(第2の3の2の(8)参照) 厚告95号第十四号の三	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	イ 入浴介助加算(Ⅰ) 40単位 入浴介助を適切に行うことができる人員及び設備を有して行われる入浴介助であるか。	厚告126号別表3の注6 留意事項について第2の4の(9)(第2の3の2の(8)参照)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ロ 入浴介助加算(Ⅱ) 55単位 次のいずれにも適合しているか。 ①イに掲げた基準に適合すること。 ②医師、理学療法士、作業療法士、介護福祉士、介護支援専門員その他の職種の者(以下「医師等」)が浴室における、当該利用者の動作及び浴室の環境を評価していること。当該訪問において、当該利用者自身又はその家族等の介助により入浴を行うことが難しい環境にあると認められる場合は、介護支援専門員又は福祉用具専門相談員と連携し、助言を行うこと。 ③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、医師等と連携し個別の入浴計画を作成すること。 ④入浴計画に基づき、個浴その他の利用者の居宅の状況に近い環境で、入浴介助を行うこと。	厚告95号第十四号の三	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	7 生活機能向上連携加算 外部との連携により、利用者の身体の状態等の評価を行い、かつ、個別機能訓練計画を作成した場合には、(1)については利用者の急性増悪等により当該個別機能訓練計画を見直した場合を除き3月に1回を限度として、1月につき、(2)については1月につき次に掲げる単位数を所定単位数に加算しているか。 ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。また、個別機能訓練加算を算定している場合、(1)は算定せず、(2)は1月につき100単位を所定単位数に加算しているか。	厚告126号別表3の注7 留意事項について第2の4の(6)(第2の3の2の(10)参照) 厚告95号第十五号の二	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	イ 生活機能向上連携加算(Ⅰ) 100単位 ①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理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は医師の助言に基づき、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か。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	②個別機能訓練計画の作成に当たり、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理学療法士等は、当該利用者のADL及びIADLに関する状況について把握、又は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指定認知症対応型通所介護事業所の機能訓練指導員等に助言を行っているか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	③①の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か。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	④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か。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑤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受けているか。 その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っているか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項目	確認事項	根拠法令等	はい	非該当	いいえ
六 介 護 給 付 費 の 算 定 及 び 取 扱 い	⑥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、個別機能訓練計画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や進捗状況等を説明しているか。 ※また、利用者等に対する説明は、テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。ただし、テレビ電話装置等の活用について当該利用者等の同意を得なければならないこと。なおテレビ電話装置等の活用に当たっては、個人情報保護委員会・厚生労働省のガイドラインを遵守すること。	厚告126号別表3の注7 留意事項について第2の4の(6)(第2の3の2の(10)参照) 厚告95号第十五号の二	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑦機能訓練に関する記録は、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か。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑧生活機能向上連携加算(Ⅰ)は個別機能訓練計画に基づき個別機能訓練を提供した初回の月に限り、算定しているか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	□ 生活機能向上連携加算(Ⅱ) 200単位				
	①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、指定訪問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か。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	②①の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か。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	③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か。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	④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受けているか。 その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っているか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑤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に訪問し、機能訓練指導員等と共同で個別機能訓練計画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や進捗状況等を説明するとともに、必要に応じて訓練内容の見直し等を行っているか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑥機能訓練に関する記録は、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か。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 個別機能訓練加算		厚告126号別表3の注8 留意事項について第2の4の(7)			
(1) 指定認知症対応型通所介護を行う時間帯に1日120分以上、専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士、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、はり師又はきゆう師を1名以上配置しているか。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) 利用者に対して、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、利用者ごとに個別機能訓練計画を作成しているか。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) (2)の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を行っているか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

項目	確認事項	根拠法令等	はい	非該当	いいえ
六 介護給付費の算定及び取扱い	(4) 個別機能訓練の開始時及びその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か。また利用者に対する説明は、テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとしているか。 ※利用者等に対する説明は、テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。ただし、テレビ電話装置等の活用について当該利用者等の同意を得なければならないこと。なおテレビ電話装置等の活用に当たっては、個人情報保護委員会・厚生労働省のガイドラインを遵守すること。	厚告126号別表3の注8 留意事項について第2の4の(7)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 機能訓練に関する記録は、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か。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) 個別機能訓練加算(Ⅱ)を取得する場合、厚生労働省への情報の提出についてはLIFEを用いているか。また、サービスの質の向上を図るためLIFEへの提出情報及びフィードバック情報を活用し、PDCAサイクルにより、サービスの質の管理を行っているか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 ADL維持等加算	別に厚生労働省が定める基準に適合しているものとして利用者に対して指定認知症対応型通所介護を行った場合は、ADL維持等加算の算定を開始する月の前年の同月から起算して12月までの期間の満了日の属する月の翌月から12月以内の期間に限り、当該基準に掲げる区分に従い1月につき次に掲げる単位数を所定単位数に加算しているか。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。 ※別に厚生労働省が定める基準 イ ADL維持等加算(Ⅰ) 30単位 次のいずれにも適合しているか。 (1) 評価対象者(評価対象利用期間が6月を超える者)の総数が10以上であること。 (2) 評価対象者全員について、評価対象利用開始月と、当該月の翌月から起算して6月目(6月目にサービス利用がない場合は利用のあった最終の月)においてADLを評価し、ADL値を測定し、測定した日が属する月ごとに厚生労働省に当該測定を提出していること。 (3) 評価対象者の評価対象利用開始月の翌月から起算して6月目の月に測定したADL値から評価対象利用開始月に測定したADL値を控除して得た値を用いて一定の基準に基づき算出した値(以下「ADL利得」)の平均値が1以上であること。	厚告126号別表3の注9 留意事項について第2の3の2の(8) 厚告94号第三十七号 厚告95号第十六号の二	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ロ ADL維持等加算(Ⅱ) 60単位 次のいずれにも適合しているか。 (1) イの(1)及び(2)の基準に適合するものであること。 (2) 評価対象者のADL利得の平均値が2以上であること。	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10 若年性認知症利用者受入加算	(1) 若年性認知症利用者に対して、指定認知症対応型通所介護を行った場合は、1日につき60単位を所定単位数に加算しているか。 (2) 若年性認知症利用者ごとに個別に担当者を定め、その者を中心に当該利用者の特性やニーズに応じた適切なサービス提供しているか。	厚告126号別表3の注10 留意事項について第2の4の(10)(第2の3の2の(14)参照) 厚告95号第十八号	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項目	確認事項	根拠法令等	はい	非該当	いいえ
六 介 護 給 付 費 の 算 定 及 び 取 扱 い	<p>11 栄養アセスメント加算</p> <p>次に掲げるいずれの基準にも適合しているものとして市町村長に届け出た単独型・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が、利用者に対して、管理栄養士が介護職員等と共同して栄養アセスメントを行った場合は、1月につき50単位を所定単位数に加算しているか。</p> <p>ただし、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及び当該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。</p> <p>(1) 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名以上配置していること。 (2) 利用者ごとに、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アセスメントを実施し、当該利用者又はその家族に対してその結果を説明し、相談等に必要に応じ対応すること。 (3) 利用者ごとの栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し、栄養管理の実施に当たって、当該情報その他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していること。 (4) 別に厚生労働大臣が定める基準に適合している指定地域密着型通所介護事業所であること。(定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。)</p>	<p>厚告126号別表3の注11 留意事項について第2の4の(11)(第2の3の2の(15)参照) 厚告95号第十八号の二</p>	□	□	□
	<p>12 栄養改善加算</p> <p>次に掲げるいずれの基準に適合しているものとして市町村長に届け出て、低栄養状態にある利用者又はそのおそれのある利用者に対して、栄養改善サービスを行った場合は、3月以内の期間に限り1月に2回を限度として1回につき200単位を所定単位数に加算しているか。</p> <p>ただし、栄養改善サービスの開始から3月ごとの利用者の栄養状態の評価の結果、低栄養状態が改善せず、栄養改善サービスを引き続き行うことが必要と認められる利用者については、引き続き算定することができる。</p> <p>(1) 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名以上配置していること。 (2) 利用者の栄養状態を利用開始時に把握し、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も配慮した栄養ケア計画を作成していること。 (3) 利用者ごとの栄養ケア計画に従い、必要に応じて当該利用者の居宅を訪問し、管理栄養士等が栄養改善サービスを行っているとともに、利用者の栄養状態を定期的に記録していること。 (4) 利用者ごとの栄養ケア計画の進捗状況を定期的に評価していること。 (5) 別に厚生労働大臣の定める基準に適合している指定認知症対応型通所介護事業所であること。(定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。)</p>	<p>厚告126号別表3の注12 留意事項について第2の4の(12)(第2の3の2の(16)参照) 厚告95号第十九号</p>	□	□	□
	<p>13 口腔・栄養スクリーニング加算</p> <p>別に厚生労働省が定める基準に適合する指定認知症対応型通所介護事業所の従業者が、利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態のスクリーニング又は栄養状態のスクリーニングを行った場合に、口腔・栄養スクリーニング加算として、次に掲げる区分に応じ、1回につき次に掲げるいずれかの加算を算定する。</p> <p>ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定せず、当該利用者について、当該事業所以外で既に口腔・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。</p> <p>(1) 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ) 20単位 (2) 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ) 5単位</p> <p>※別に厚生労働大臣が定める基準 イ 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ) 20単位 次にいずれにも適合しているか。</p> <p>(1) 利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態について確認を行い、当該利用者の口腔の健康状態に関する情報を当該利用者を担当する介護支援専門員に提供していること。 (2) 利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の栄養状態について確認を行い、当該利用者の栄養状態に関する情報を当該利用者を担当する介護支援専門員に提供していること。 (3) 定員超過利用、人員基準欠如に該当していないこと。 (4) 算定日が属する月が、次に掲げる基準のいずれにも該当しないこと。 (一) 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であること。 (二) 当該利用者が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であること。</p>	<p>厚告126号別表3の注13 留意事項について第2の4の(13)(第2の3の2の(17)参照) 厚告95号第十九号の二</p>	□	□	□

項目	確認事項	根拠法令等	はい	非該当	いいえ
六 介護給付費の算定及び取扱い	<p>□ 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ) 5単位 次のいずれかに適合しているか。</p> <p>(1) 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。 (一)イ(1)及び(3)に掲げる基準に適合すること。 (二)算定日に属する月が、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改善加算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であること。 (三)算定日の属する月が、当該利用者が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ではないこと。</p> <p>(2) 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。 (一)イ(2)及び(3)に掲げる基準に適合すること。 (二)算定日の属する月が、栄養アセスメント加算を算定していない、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サービスが終了した日の属する月ではないこと。 (三)算定日の属する月が、当該利用者が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であること。</p>	<p>厚告126号別表3の注13 留意事項について第2の4の(13)(第2の3の2の(17)参照) 厚告95号第十九号の二</p>	□	□	□
	<p>14 口腔機能向上加算</p> <p>別に厚生労働省が定める基準に適合しているものとして区市町村長に届け出て、口腔機能が低下している利用者又はそのおそれのある利用者に対して、当該利用者の口腔機能の向上を目的として、個別的に実施される口腔清掃の指導若しくは実施又は摂食・嚥下機能に関する訓練の指導若しくは実施であって、利用者の心身の状態の維持又は向上に資すると認められるもの(以下「口腔機能向上サービス」という。)を行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、3月以内の期間に限り1月に2回を限度として1回につき次に掲げる単位数を所定単位数に加算しているか。</p> <p>ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。また、口腔機能向上サービスの開始から3月ごとの利用者の口腔機能の評価の結果、口腔機能が向上せず、口腔機能向上サービスを引き続き行うことが必要と認められる利用者については、引き続き算定することができる。</p>	<p>厚告126号別表3の注14 留意事項について第2の4の(14)(第2の3の2の(18)参照) 厚告95号第五十一号の十一</p>	□	□	□
	<p>※別に厚生労働大臣が定める基準</p> <p>イ 口腔機能向上加算(Ⅰ) 150単位 次のいずれにも適合しているか。</p> <p>(1) 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こと。 (2) 利用者の口腔機能を利用開始時に把握し、言語聴覚士、歯科衛生士、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、利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画を作成していること。 (3) 利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画に従い言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員が口腔機能向上サービスを行っているとともに、利用者の口腔機能を定期的に記録していること。 (4) 利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画の進捗状況を定期的に評価すること。 (5) 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。</p>		□	□	□
	<p>□ 口腔機能向上加算(Ⅱ) 160単位 次のいずれにも適合しているか。</p> <p>(1) イ(1)から(5)までに掲げる基準のいずれにも適合すること。 (2) 利用者ごとの口腔機能改善管理指導等の内容等の情報を厚生労働省に提出し、口腔機能向上サービスの実施に当たって、当該情報その他口腔衛生の管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。</p>		□	□	□
	<p>(3) 口腔機能向上加算の算定に係る口腔機能向上サービスの提供には、利用者ごとに行われるケアマネジメントの一環として行われることに留意しているか。</p>		□	□	□
	<p>(4) 当該加算を算定できる利用者は、次の①から③までのいずれかに該当する者で、口腔機能向上サービスの提供が必要と認められる者であるか。 ①認定調査票における嚥下、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 ②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 ③その他口腔機能の低下している者又はそのおそれのある者</p>		□	□	□
	<p>(5) 必要に応じて、介護支援専門員を通し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か。</p>		□	□	□

項目	確認事項	根拠法令等	はい	非該当	いいえ
六 介 護 給 付 費 の 算 定 及 び 取 扱 い	(6) 口腔機能向上サービスの提供は、以下の手順を経てなされているか。 ①利用者ごとの口腔機能を、利用開始時に把握すること。 ②利用開始時に、言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員が中心となって、利用者ごとの口腔衛生、摂食・嚥下機能に関する解決すべき課題の把握を行うこと。 ③言語聴覚士、歯科衛生士、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取り組むべき事項等を記載した口腔機能改善管理指導計画を作成すること。 ④作成した③については、利用者又はその家族に説明し、その同意を得ること。 ⑤口腔機能改善管理指導計画に基づき、言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員等が利用者ごとに口腔機能向上サービスを提供すること。その際、計画に実施上の問題点があれば直ちに当該計画を修正すること。 ⑥利用者の口腔機能の状態に応じて、定期的に、利用者の生活機能の状況を検討し、おおむね3月ごとに口腔機能の状態の評価を行い、その結果について介護支援専門員や主治医、主治の歯科医師に対して情報提供すること。	厚告126号別表3の注14 留意事項について第2の4の(14)(第2の3の2の(18)参照) 厚告95号第五十一号の十一	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(7) 厚生労働省への情報の提出についてはLIFEを用いて行っているか。また、サービスの質の向上を図るためLIFEへの提出情報及びフィードバック情報を活用し、PDCAサイクルにより、サービスの質の管理を行っているか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	15 科学的介護推進体制加算 次に掲げるいずれの基準にも適合しているものとして利用者に対し指定認知症対応型通所介護を行った場合は、科学的介護推進体制加算として、1月につき40単位を所定単位数に加算しているか。 (1) 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、厚生労働省に科学的情報システム(LIFE)を用いて提出していること。 (2) 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、(1)に規定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か。	厚告126号別表3の注15 留意事項について第2の4の(15)(第2の3の2の(19)参照)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	16 サービス種類相互の算定関係 利用者が短期入所生活介護、短期入所療養介護若しくは特定施設入居者生活介護又は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若しくは複合型サービスを受けている間に、認知症対応型通所介護費を算定していないか。	厚告126号別表3の注16	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	17 事業所と同一の建物に居住する利用者に対する取扱い 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は、1日につき94単位を減算しているか。ただし、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場合は、この限りでない。	厚告126号別表3の注17 留意事項について第2の4の(16)(第2の3の2の(20)参照)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	18 送迎を行わない場合の取扱い 利用者に対して、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は、片道につき47単位を所定単位数から減算しているか。	厚告126号別表3の注18 留意事項について第2の4の(17)(第2の3の2の(21)参照)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項目	確認事項	根拠法令等	はい	非該当	いいえ
	<p>19 サービス提供体制強化加算</p> <p>別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして市町村長に届け出た単独型・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が、利用者に対し、指定認知症対応型通所介護を行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、1回につき以下の所定単位数を加算しているか。</p> <p>ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、以下に掲げるその他の加算は算定しない。</p> <p>(1) サービス提供体制強化加算(Ⅰ) 22単位 (2) サービス提供体制強化加算(Ⅱ) 18単位 (3) サービス提供体制強化加算(Ⅲ) 6単位</p>	<p>厚告126号別表3のハの注 留意事項について第2の4の(18)(第2の2の(16)④から⑦まで及び3の2の(25)②参照) 厚告95号第五十二号</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
六 介 護 給 付 費 の 算 定 及 び 取 扱 い	<p>※別に厚生労働大臣が定める基準</p> <p>イ サービス提供体制強化加算(Ⅰ) 22単位 次のいずれにも適合しているか。</p> <p>(1) 次のいずれかに適合すること。 (一)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の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以上であること。 (二)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の介護職員の総数のうち、勤続年数10年以上の介護福祉士の占める割合が100分の25以上であること。 (2) 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。</p>	<p>厚告126号別表3のハの注 留意事項について第2の4の(18)(第2の2の(16)④から⑦まで及び3の2の(25)②参照) 厚告95号第五十二号</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>ロ サービス提供体制強化加算(Ⅱ) 18単位 次のいずれにも適合しているか。</p> <p>(1) 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の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50以上であること。 (2) 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>ハ サービス提供体制強化加算(Ⅲ) 6単位 次のいずれにも適合しているか。</p> <p>(1) 次のいずれにも適合すること。 (一)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の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以上であること。 (二)指定認知症対応型通所介護を利用者に直接提供する職員の総数のうち、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。 (2) 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>20 介護職員処遇改善加算</p> <p>別に厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員の賃金の改善等を実施しているものとして市町村長に届け出た単独型・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が、利用者に対し、指定認知症対応型通所介護を行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、令和6年3月31日までの間((4)及び(5)については、別に厚生労働大臣が定める期日までの間)、次に掲げる単位数を所定単位数に加算しているか。</p> <p>ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。</p> <p>(1) 介護職員処遇改善加算(Ⅰ) 算定した単位数の1000分の104に相当する単位数 (2) 介護職員処遇改善加算(Ⅱ) 算定した単位数の1000分の76に相当する単位数 (3) 介護職員処遇改善加算(Ⅲ) 算定した単位数の1000分の42に相当する単位数 (4) 介護職員処遇改善加算(Ⅳ) (3)により算定した単位数の100分の90に相当する単位数 (5) 介護職員処遇改善加算(Ⅴ) (3)により算定した単位数の100分の80に相当する単位数</p> <p>[経過措置] ※令和3年3月31日において現に改正前の介護職員処遇改善加算に係る届け出を行っている事業所であって、改正後の介護職員処遇改善加算に係る届け出を行っていないものにおける介護職員処遇改善加算(Ⅳ)及び介護職員処遇改善加算(Ⅴ)の算定については、令和4年3月31日までの間は、従前の例によることできる。</p>	<p>厚告126号別表3の二の注 留意事項について第2の4の(20)(第2の2の(17)参照) 厚告95号第五十三号</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項目	確認事項	根拠法令等	はい	非該当	いいえ			
六 介護給付費の算定及び取扱い	<p>※別に厚生労働大臣が定める基準</p> <p>イ 介護職員処遇改善加算(Ⅰ) 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。</p> <p>(1) 介護職員の賃金(退職手当を除く。)の改善に要する費用の見込額が介護職員処遇改善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、当該計画に基づき適切な措置を講じていること。</p> <p>(2) 認知症対応型通所介護事業所において、(1)の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、全ての介護職員に周知し、区市町村に届け出ていること。</p> <p>(3) 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すること。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介護職員の賃金水準(本加算による賃金改善分を除く。)を見直すことはやむを得ないが、その内容について区市町村に届け出ること。</p> <p>(4) 当該認知症対応型通所介護事業所において、事業年度ごとに介護職員の処遇改善に関する実績を区市町村に報告すること。</p> <p>(5) 算定日が属する月の前12月間において、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、雇用保険法その他の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こと。</p> <p>(6) 当該認知症対応型通所介護事業所において、労働保険料の納付が適正に行われていること。</p> <p>(7) 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。</p> <p>(一) 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(介護職員の賃金に関するものを含む。)を定めていること。</p> <p>(二) (一)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こと。</p> <p>(三) 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こと。</p> <p>(四) (三)について、全ての介護職員に周知していること。</p> <p>(五) 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こと。</p> <p>(六) (五)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こと。</p> <p>(8) (2)の届出に係る計画の期間中に実施する介護職員の処遇改善の内容(賃金改善に関するものを除く。)及び当該介護職員の処遇改善に要する費用の見込み額を全ての職員に周知していること。</p>	<p>厚告126号別表3の二の注 留意事項について第2の4の(20)(第2の2の(17)参照) 厚告95号第五十三号</p>	□	□	□			
	<p>ロ 介護職員処遇改善加算(Ⅱ)</p> <p>イ(1)から(6)まで、(7)(一)から(四)まで及び(8)に掲げる基準のいずれにも適合すること。</p>					□	□	□
	<p>ハ 介護職員処遇改善加算(Ⅲ)</p> <p>次に掲げる基準のいずれにも適合すること。</p> <p>(1) イ(1)から(6)まで及び(8)に掲げる基準に適合すること。</p> <p>(2) 次に掲げる基準のいずれかに適合すること。</p> <p>(一) 次に掲げる要件の全てに適合すること。</p> <p>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(介護職員の賃金に関するものを含む。)を定めていること。</p> <p>b a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こと。</p> <p>(二) 次に掲げる要件の全てに適合すること。</p> <p>a 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こと。</p> <p>b aについて、全ての介護職員に周知していること。</p> <p>(3) 平成20年10月からイ(2)の届出の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(賃金改善に関するものを除く。)及び当該介護職員の処遇改善に要した費用を全ての職員に周知していること。</p>					□	□	□
	<p>ニ 介護職員処遇改善加算(Ⅳ)</p> <p>イ(1)から(6)までに掲げる基準のいずれにも適合し、かつハ(2)又は(3)に掲げる基準のいずれかに適合すること。</p>					□	□	□
	<p>ホ 介護職員処遇改善加算(Ⅴ)</p> <p>イ(1)から(6)までに掲げる基準のいずれにも適合すること。</p>					□	□	□

項目	確認事項	根拠法令等	はい	非該当	いいえ
六 介護給付費の算定及び取扱	<p>21 介護職員等特定処遇改善加算</p> <p>別に厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員等の賃金の改善等を実施しているものとして区市町村長に届け出た指定訪問介護事業所が、利用者に対し、指定訪問介護を行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、次に掲げる単位数を所定単位数に加算しているか。 ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。</p> <p>(1) 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ) 算定した単位数の1000分の31に相当する単位数 (2) 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ) 算定した単位数の1000分の24に相当する単位数</p>	<p>厚告126号別表3のホの注 留意事項について第2の4の(21)(第2の2の(18)参照) 令3老発0316第4号厚告95号第五十三号の二</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>※別に厚生労働大臣が定める基準 イ 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ) 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。</p> <p>(1) 介護職員その他の職員の賃金改善について、次に掲げる基準のいずれにも適合し、かつ、賃金改善に要する費用の見込額が介護職員等特定処遇改善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、当該計画に基づき適切な措置を講じていること。 (一) 経験及び技能を有する介護職員と認められる者(以下「経験・技能のある介護職員」という。)のうち一人は、賃金改善に要する費用の見込額が月額8万円以上又は賃金改善後の賃金の見込額が年額440万円以上であること。ただし、介護職員等特定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ないこと。 (二) 指定認知症型通所介護事業所における経験・技能のある介護職員の賃金改善に要する費用の見込額の平均が、介護職員(経験・技能のある介護職員を除く。)の賃金改善に要する費用の見込額の平均を上回っていること。 (三) 介護職員(経験・技能のある介護職員を除く。)の賃金改善に要する費用の見込額の平均が、介護職員以外の職員の賃金改善に要する費用の見込額の平均の2倍以上であること。ただし、介護職員以外の職員の平均賃金額が介護職員(経験・技能のある介護職員を除く。)の平均賃金額を上回らない場合はその限りでないこと。 (四) 介護職員以外の職員の賃金改善後の賃金の見込額が年額440万円を上回らないこと。 (2) 当該指定認知症対応型通所介護事業所において、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当該事業所の職員の処遇改善の計画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、区市町村に届け出ていること。</p> <p>(3) 介護職員等特定処遇改善加算の算定額に相当する賃金改善を実施すること。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を除く。)を見直すことはやむを得ないが、その内容について区市町村長に届け出ること。 (4) 当該指定認知症対応型通所介護事業所において、事業年度ごとに当該事業所の職員の処遇改善に関する実績を区市町村長に報告すること。 (5) 訪問介護費における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こと。 (6) 訪問介護費における介護職員処遇改善加算(Ⅰ)から(Ⅲ)までのいずれかを算定していること。 (7) (2)の届出に係る計画の期間中に実施する職員の処遇改善の内容(賃金改善に関するものを除く。以下この号において同じ。)及び当該職員の処遇改善に要する費用の見込額を全ての職員に周知していること。 (8) (7)の処遇改善の内容等について、インターネットの利用その他の適切な方法により公表していること。</p> <p>ロ 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ) イ(1)から(4)まで及び(6)から(8)までに掲げる基準のいずれにも適合すること。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項目	確認事項	根拠法令等	は い	非 該 当	い い え
介護予防認知症対応型通所介護費					
六 介 護 給 付 費 の 算 定 及 び 取 扱 い	1 所要時間の取扱い 所要時間については、現に要した時間ではなく、介護予防認知症対応型通所介護計画に位置づけられた内容の、介護予防認知症対応型通所介護を行うための標準的な時間で、それぞれ所定単位数を算定しているか。 ただし、利用者の数又は看護職員若しくは介護職員の員数が平成12年厚生省告示第27号の二十(厚生労働大臣が定める利用者の数の基準及び看護職員等の員数の基準並びに通所介護費等の算定方法)に該当する場合(利用者定員超過又は職員数が基準を満たさない場合)は、同告示により算定しているか。	厚告128号別表1の注1 留意事項について第3(第2の4の(1)参照)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2 短時間の場合の取扱い 心身の状況その他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である利用者に対して、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は、施設基準に掲げる区分に従い、「所要時間4時間以上5時間未満の場合」の所定単位数の100分の63に相当する単位数を算定しているか。	厚告128号別表1の注2 留意事項について第3(第2の4の(2)参照) 厚告94号第八十九号	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3 感染症又は災害の発生での取扱い 感染症又は災害の発生を理由とする利用者の減少が生じ、当該月の利用者数の実績が前年度における月平均の利用者数より100分の5以上減少している場合に、市町村長に届け出た指定介護予防認知症対応型通所介護事業所がサービスの提供を行った場合は利用者数が減少した月の翌々月から3月以内に限り、1回につき所定単位数の100分の3に相当する単位数を所定単位数に加算しているか。 ただし、経営改善に時間を要することその他の特別な事情があると認められた場合は、当該加算が終了した月の翌月から3月以内に限り、引き続き加算することができる。	厚告128号別表1の注3 留意事項について第3(第2の4の(3)参照)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4 9時間以上の場合に係る加算(延長加算) (1) 日常生活上の世話をを行った後に引き続き所要時間8時間以上9時間未満の指定介護予防認知症対応型通所介護を行った場合又は所要時間8時間以上9時間未満の指定介護予防認知症対応型通所介護を行った後に引き続き日常生活上の世話をを行った場合であつて、当該指定介護予防認知症対応型通所介護の所要時間と当該指定介護予防認知症対応型通所介護の前後に行った日常生活上の世話の所要時間を通算した時間(算定対象時間)が9時間以上となる時は、算定対象時間が9時間以上10時間未満の場合は50単位を、10時間以上11時間未満の場合は100単位を、11時間以上12時間未満の場合は150単位を、12時間以上13時間未満の場合は200単位を、13時間以上14時間未満の場合は250単位を所定単位数に加算しているか。 (2) 当該事業所の実情に応じて、適当数の従業者を配置しているか。 (3) 当該事業所の利用者が、当該事業所を利用した後に、引き続き当該事業所の設備を利用して宿泊する場合や、宿泊した翌日において当該事業所の通所介護の提供を受ける場合に当該加算を算定していないか。	厚告128号別表1の注4 留意事項について第3(第2の4の(4)参照)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5 サービス提供が通常の事業の実施地域を越える場合の取扱い 指定介護予防認知症対応型通所介護事業所の従業者が、平成21年厚生労働省告示83号の2に定める地域に居住している利用者に対して、指定地域密着型介護予防サービス基準27条第六号に規定する通常の事業の実施地域を越えて、サービスを提供した場合は、1日につき所定の単位数から100分の5に相当する単位数を所定単位数に加算しているか。	厚告128号別表1の注5 留意事項について第3(第2の4の(5)参照)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項目	確認事項	根拠法令等	はい	非該当	いいえ
六 介 護 給 付 費 の 算 定 及 び 取 扱 い	6 入浴介助加算 次に掲げる基準に適合しているものとして入浴介助を行った場合は、1日につき次に掲げる単位数を所定単位数に加算しているか。 ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。 (1) 入浴介助加算(Ⅰ) 40単位 (2) 入浴介助加算(Ⅱ) 55単位	厚告128号別表1の注6 留意事項について第3(第2の4の(9)参照)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	イ 入浴介助加算(Ⅰ) 40単位 入浴介助を適切に行うことができる人員及び設備を有して行われる入浴介助であるか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ロ 入浴介助加算(Ⅱ) 55単位 次のいずれにも適合しているか。 (1) イに掲げた基準に適合すること。 (2) 医師、理学療法士、作業療法士、介護福祉士、介護支援専門員その他の職種の者(以下「医師等」)が浴室における、当該利用者の動作及び浴室の環境を評価していること。当該訪問において、当該利用者自身又はその家族等の介助により入浴を行うことが難しい環境にあると認められる場合は、介護支援専門員又は福祉用具専門相談員と連携し、助言を行うこと。 (3) 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、医師等と連携し個別の入浴計画を作成すること。 (4) 入浴計画に基づき、個浴その他の利用者の居宅の状況に近い環境で、入浴介助を行うこと。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	7 生活機能向上連携加算 外部との連携により、利用者の身体の状況等の評価を行い、かつ、個別機能訓練計画を作成した場合には、(1)については利用者の急性増悪等により当該個別機能訓練計画を見直した場合を除き3月に1回を限度として、1月につき、(2)については1月につき次に掲げる単位数を所定単位数に加算しているか。 ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。また、個別機能訓練加算を算定している場合、(1)は算定せず、(2)は1月につき100単位を所定単位数に加算しているか。 (1) 生活機能向上連携加算(Ⅰ) 100単位 (2) 生活機能向上連携加算(Ⅱ) 200単位	厚告128号別表1の注7 留意事項について第3(第2の4の(6)参照)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	イ 生活機能向上連携加算(Ⅰ) 100単位 ①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と共同してアセスメント、利用者の身体の状況等の評価及び個別機能訓練計画の作成を行っているか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	②個別機能訓練計画の作成に当たり、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は、当該利用者のADL及びIADLに関する状況について把握、又は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に助言を行っているか。 なお、ICTを活用した動画やテレビ電話を用いる場合においては、理学療法士がADL及びIADLに関する利用者の状況について適切に把握することができるよう、理学療法士等と機能訓練指導員で事前に方法を調節するものとする。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	③①の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か。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	④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か。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項目	確認事項	根拠法令等	はい	非該当	いいえ
六 介護給付費の算定及び取扱い	⑤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受けているか。 その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っているか。	厚告128号別表1の注7 留意事項について第3(第2の4の(6)参照)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑥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、個別機能訓練計画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や進捗状況等を説明しているか。 ※また、利用者等に対する説明は、テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。ただし、テレビ電話装置等の活用について当該利用者等の同意を得なければならないこと。なおテレビ電話装置等の活用にあたっては、個人情報保護委員会・厚生労働省のガイドラインを遵守すること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑦機能訓練に関する記録は、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か。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑧生活機能向上連携加算(Ⅰ)は個別機能訓練計画に基づき個別機能訓練を提供した初回の月に限り、算定しているか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	□ 生活機能向上連携加算(Ⅱ) 200単位				
	①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と共同してアセスメント、利用者の身体の状況等の評価及び個別機能訓練計画の作成を行っているか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	②①の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か。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	③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か。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	④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受けているか。 その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っているか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑤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に訪問し、機能訓練指導員等と共同で個別訓練計画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や進捗状況等を説明するとともに、必要に応じて訓練内容の見直し等を行っているか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑥機能訓練に関する記録は、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か。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
8 個別機能訓練加算		厚告128号別表1の注8 留意事項について第3(第2の4の(7)参照)			
(1) 指定介護予防認知症対応型通所介護を行う時間帯に1日120分以上、専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士、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を1名以上配置しているか。	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2) 利用者に対して、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、利用者ごとに個別機能訓練計画を作成しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

項目	確認事項	根拠法令等	はい	非該当	いいえ
六 介護給付費の算定及び取扱い	(3) (2)の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を行っているか。	厚告128号別表1の注8 留意事項について第3(第2の4の(7)参照)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 個別機能訓練の開始時及びその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か。 ※利用者等に対する説明は、テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。ただし、テレビ電話装置等の活用について当該利用者等の同意を得なければならないこと。なおテレビ電話装置等の活用に当たっては、個人情報保護委員会・厚生労働省のガイドラインを遵守すること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 機能訓練に関する記録は、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か。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) 個別機能訓練加算(Ⅱ)を取得する場合、厚生労働省への情報の提出についてはLIFEを用いているか。また、サービスの質の向上を図るためLIFEへの提出情報及びフィードバック情報を活用し、PDCAサイクルにより、サービスの質の管理を行っているか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 若年性認知症利用者受入加算		厚告128号別表1の注9 留意事項について第3(第2の4の(10)参照) 厚告95号第十八号			
(1) 若年性認知症利用者に対して、指定介護予防認知症対応型通所介護を行った場合は、1日につき60単位を所定単位数に加算しているか。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) 若年性認知症利用者ごとに個別に担当者を定め、その者を中心に当該利用者の特性やニーズに応じた適切なサービス提供しているか。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 栄養アセスメント加算		厚告128号別表1の注10 留意事項について第3(第2の4の(11)参照) 厚告95号第十八号の二			
次に掲げるいずれの基準にも適合しているものとして管理栄養士が介護職員等と共同して栄養アセスメントを行った場合は、1月につき50単位を所定単位数に加算しているか。 ただし、当該利用者が栄養改善加算及び当該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。					
(1) 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名以上配置していること。 (2) 利用者ごとに、管理栄養士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の者が共同してアセスメントを実施し、当該利用者又はその家族に対してその結果を説明し、相談等に必要に応じ対応すること。 (3) 利用者ごとの栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し、栄養管理の実施に当たって、当該情報その他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していること。 (4) 別に厚生労働大臣が定める基準に適合している指定介護予防地域密着型通所介護事業所であること。(定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 栄養改善加算		厚告128号別表1の注11 留意事項について第3(第2の4の(12)参照) 厚告95号第十九号			
次に掲げるいずれの基準に適合しているものとして区市町村長に届け出て、低栄養状態にある利用者又はそのおそれのある利用者に対して、栄養改善サービスを行った場合は、1月につき150単位を所定単位数に加算しているか。					
(1) 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名以上配置していること。 (2) 利用者の栄養状態を利用開始時に把握し、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も配慮した栄養ケア計画を作成していること。 (3) 利用者ごとの栄養ケア計画に従い、必要に応じて当該利用者の居宅に訪室し、管理栄養士等が栄養改善サービスを行っているとともに、利用者の栄養状態を定期的に記録していること。 (4) 利用者ごとの栄養ケア計画の進捗状況を定期的に評価していること。 (5) 別に厚生労働大臣の定める基準に適合している指定介護予防認知症対応型通所介護事業所であること。(定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項目	確認事項	根拠法令等	はい	非該当	いいえ
六 介護給付費の算定及び取扱	<p>12 口腔・栄養スクリーニング加算</p> <p>別に厚生労働省が定める基準に適合する指定介護予防認知症対応型通所介護事業所の従業者が、利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態のスクリーニング又は栄養状態のスクリーニングを行った場合に、口腔・栄養スクリーニング加算として、次に掲げる区分に応じ、1回につき次に掲げるいずれかの加算を算定しているか。</p> <p>ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定せず、当該利用者について、当該事業所以外で既に口腔・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。</p> <p>(1) 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ) 20単位 (2) 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ) 5単位</p>	<p>厚告128号別表1の注12 留意事項について第3(第2の4の(13)参照) 厚告95号第十九号の二</p>	□	□	□
	<p>※別に厚生労働大臣が定める基準</p> <p>イ 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ) 20単位 次のいずれにも適合しているか。</p> <p>(1) 利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態について確認を行い、当該利用者の口腔の健康状態に関する情報を当該利用者を担当する介護支援専門員に提供していること。</p> <p>(2) 利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の栄養状態について確認を行い、当該利用者の栄養状態に関する情報を当該利用者を担当する介護支援専門員に提供していること。</p> <p>(3) 定員超過利用、人員基準欠如に該当していないこと。</p> <p>(4) 算定日が属する月が、次に掲げる基準のいずれにも該当しないこと。</p> <p>(一) 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であること。</p> <p>(二) 当該利用者が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であること。</p>	<p>厚告128号別表1の注12 留意事項について第3(第2の4の(13)参照) 厚告95号第十九号の二</p>	□	□	□
	<p>ロ 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ) 5単位 次のいずれかに適合しているか。</p> <p>(1) 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。</p> <p>(一) イ(1)及び(3)に掲げる基準に適合すること。</p> <p>(二) 算定日に属する月が、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改善加算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であること。</p> <p>(三) 算定日の属する月が、当該利用者が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ではないこと。</p> <p>(2) 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。</p> <p>(一) イ(2)及び(3)に掲げる基準に適合すること。</p> <p>(二) 算定日の属する月が、栄養アセスメント加算を算定していない、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ではないこと。</p> <p>(三) 算定日の属する月が、当該利用者が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であること。</p>		□	□	□
	<p>13 口腔機能向上加算</p> <p>別に厚生労働省が定める基準に適合しているものとして区市町村長に届け出て、口腔機能が低下している利用者又はそのおそれのある利用者に対して、当該利用者の口腔機能の向上を目的として、個別に実施される口腔清掃の指導若しくは実施又は摂食・嚥下機能に関する訓練の指導若しくは実施であって、利用者の心身の状態の維持又は向上に資すると認められるもの(以下「口腔機能向上サービス」という。)を行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、3月以内の期間に限り1月に2回を限度として1回につき次に掲げる単位数を所定単位に加算しているか。</p> <p>ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。</p> <p>(1) 口腔機能向上加算(Ⅰ) 150単位 (2) 口腔機能向上加算(Ⅱ) 160単位</p>	<p>厚告128号別表1の注13 留意事項について第3(第2の4の(14)参照) 厚告95号第二百一十一号の四</p>	□	□	□

項目	確認事項	根拠法令等	はい	非該当	いいえ
六 介 護 給 付 費 の 算 定 及 び 取 扱 い	<p>※別に厚生労働省が定める基準 イ 口腔機能向上加算(Ⅰ) 150単位 次のいずれにも適合しているか。</p> <p>(1) 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こと。 (2) 利用者の口腔機能を利用開始時に把握し、言語聴覚士、歯科衛生士、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、利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画を作成していること。 (3) 利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画に従い言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員が口腔機能向上サービスを行っているとともに、利用者の口腔機能を定期的に記録していること。 (4) 利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画の進捗状況を定期的に評価すること。 (5) 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。</p>	<p>厚告128号別表1の注13 留意事項について第3(第2の4の(14)参照) 厚告95号第百二十一号の四</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>ロ 口腔機能向上加算(Ⅱ) 160単位 次のいずれにも適合しているか。</p> <p>(1) イ(1)から(5)までに掲げる基準のいずれにも適合すること。 (2) 利用者ごとの口腔機能改善管理指導等の内容等の情報を厚生労働省に提出し、口腔機能向上サービスの実施に当たって、当該情報その他口腔衛生の管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>(3) 口腔機能向上加算の算定に係る口腔機能向上サービスの提供には、利用者ごとに行われるケアマネジメントの一環として行われることに留意しているか。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>(4) 当該加算を算定できる利用者は、次の①から③までのいずれかに該当する者で、口腔機能向上サービスの提供が必要と認められる者であるか。 ①認定調査票における嚥下、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 ②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 ③その他口腔機能の低下している者又はそのおそれのある者</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>(5) 必要に応じて、介護支援専門員を通し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か。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>(6) 口腔機能向上サービスの提供は、以下の手順を経てなされているか。 ①利用者ごとの口腔機能を、利用開始時に把握すること。 ②利用開始時に、言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員が中心となって、利用者ごとの口腔衛生、摂食・嚥下機能に関する解決すべき課題の把握を行うこと。 ③言語聴覚士、歯科衛生士、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取り組むべき事項等を記載した口腔機能改善管理指導計画を作成すること。 ④作成した③については、利用者又はその家族に説明し、その同意を得ること。 ⑤口腔機能改善管理指導計画に基づき、言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員等が利用者ごとに口腔機能向上サービスを提供すること。その際、計画に実施上の問題点があれば直ちに当該計画を修正すること。 ⑥利用者の口腔機能の状態に応じて、定期的に、利用者の生活機能の状態を検討し、おおむね3月ごとに口腔機能の状態の評価を行い、その結果について介護支援専門員や主治医、主治の歯科医師に対して情報提供すること。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>(7) 厚生労働省への情報の提出についてはLIFEを用いて行っているか。また、サービスの質の向上を図るためLIFEへの提出情報及びフィードバック情報を活用し、PDCAサイクルにより、サービスの質の管理を行っているか。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項目	確認事項	根拠法令等	はい	非該当	いいえ
六 介護給付費の算定及び取扱い	14 科学的介護推進体制加算 次に掲げるいずれの基準にも適合しているものとして利用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は、科学的介護推進体制加算として、1月につき40単位を所定単位数に加算しているか。 (1) 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、厚生労働省に提出していること。 (2) 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、(1)に規定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こと。	厚告128号別表1の注14 留意事項について第3(第2の4の(15)参照)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	15 サービス種類相互の算定関係 利用者が介護予防短期入所生活介護、介護予防短期入所療養介護若しくは介護予防特定施設入居者生活介護又は介護予防小規模多機能型居宅介護、介護予防認知症対応型共同生活介護を受けている間に、介護予防認知症対応型通所介護費を算定していないか。	厚告128号別表1の注15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	16 事業所と同一の建物に居住する利用者に対する取扱い 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は、1日につき94単位を減算しているか。ただし、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場合は、この限りでない。	厚告128号別表1の注16 留意事項について第3(第2の4の(16)参照)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	17 送迎を行わない場合の取扱い 利用者に対して、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は、片道につき47単位を所定単位数から減算しているか。	厚告128号別表1の注17 留意事項について第3(第2の4の(17)参照)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	18 サービス提供体制強化加算 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして利用者に対し、指定介護予防認知症対応型通所介護を行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、1回につき以下の所定単位数を加算しているか。 ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、以下に掲げるその他の加算は算定しない。 (1) サービス提供体制強化加算(Ⅰ) 22単位 (2) サービス提供体制強化加算(Ⅱ) 18単位 (3) サービス提供体制強化加算(Ⅲ) 6単位	厚告128号別表1のハの注 留意事項について第3(第2の4の(18)参照)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	※別に厚生労働大臣が定める基準 イ サービス提供体制強化加算(Ⅰ) 22単位 次のいずれにも適合しているか。 (1) 次のいずれかに適合すること。 (一)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又は共用型指定介護予防認知症対応型通所介護事業所の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以上であること。 (二)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又は共用型指定介護予防認知症対応型通所介護事業所の介護職員の総数のうち、勤続年数10年以上の介護福祉士の占める割合が100分の25以上であること。 (2) 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項目	確認事項	根拠法令等	はい	非該当	いいえ
六 介護給付費の算定及び取扱い	<p>ロ サービス提供体制強化加算(Ⅱ) 18単位 次のいずれにも適合しているか。</p> <p>(1) 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又は共用型指定介護予防認知症対応型通所介護事業所の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50以上であること。 (2) 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。</p> <hr/> <p>ハ サービス提供体制強化加算(Ⅲ) 6単位 次のいずれにも適合しているか。</p> <p>(1) 次のいずれにも適合すること。 (一)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又は共用型指定介護予防認知症対応型通所介護事業所の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以上であること。 (二)指定介護予防認知症対応型通所介護を利用者に直接提供する職員の総数のうち、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。 (2) 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。</p>	<p>厚告128号別表1のハの注 留意事項について第3(第2の4の(18)参照)</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>19 介護職員処遇改善加算</p> <p>別に厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員の賃金の改善等を実施しているものとして市町村長に届け出た単独型・併設型指定介護予防認知症対応型通所介護事業所又は共用型指定介護予防認知症対応型通所介護事業所が、利用者に対し、指定介護予防認知症対応型通所介護を行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、令和6年3月31日までの間((4)及び(5)については、別に厚生労働大臣が定める期日までの間)、次に掲げる単位数を所定単位数に加算しているか。</p> <p>ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定していないか。</p> <p>(1) 介護職員処遇改善加算(Ⅰ) 算定した単位数の1000分の104に相当する単位数 (2) 介護職員処遇改善加算(Ⅱ) 算定した単位数の1000分の76に相当する単位数 (3) 介護職員処遇改善加算(Ⅲ) 算定した単位数の1000分の42に相当する単位数 (4) 介護職員処遇改善加算(Ⅳ) (3)により算定した単位数の100分の90に相当する単位数 (5) 介護職員処遇改善加算(Ⅴ) (3)により算定した単位数の100分の80に相当する単位数</p> <p>[経過措置] ※令和3年3月31日において現に改正前の介護職員処遇改善加算に係る届け出を行っている事業所であって、改正後の介護職員処遇改善加算に係る届け出を行っていないものにおける介護職員処遇改善加算(Ⅳ)及び介護職員処遇改善加算(Ⅴ)の算定については、令和4年3月31日までの間は、従前の例によることができる。</p>	<p>厚告128号別表1の二の注 留意事項について第3(第2の4の(20)参照) 厚告95号第百二十三</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項目	確認事項	根拠法令等	はい	非該当	いいえ
六 介護給付費の算定及び取扱い	<p>※別に厚生労働大臣が定める基準 イ 介護職員処遇改善加算(Ⅰ) 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。</p> <p>(1) 介護職員の賃金(退職手当を除く。)の改善に要する費用の見込額が介護職員処遇改善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、当該計画に基づき適切な措置を講じていること。 (2) 指定介護予防認知症対応型通所介護事業所において、(1)の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、全ての介護職員に周知し、区市町村に届け出ていること。 (3) 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すること。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介護職員の賃金水準(本加算による賃金改善分を除く。)を見直すことはやむを得ないが、その内容について区市町村に届け出ること。 (4) 当該指定介護予防認知症対応型通所介護事業所において、事業年度ごとに介護職員の処遇改善に関する実績を区市町村に報告すること。 (5) 算定日が属する月の前12月間において、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、雇用保険法その他の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こと。 (6) 当該指定介護予防認知症対応型通所介護事業所において、労働保険料の納付が適正に行われていること。 (7) 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。 (一)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(介護職員の賃金に関するものを含む。)を定めていること。 (二)(一)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こと。 (三)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こと。 (四)(三)について、全ての介護職員に周知していること。 (五)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こと。 (六)(五)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こと。 (8) (2)の届出に係る計画の期間中に実施する介護職員の処遇改善の内容(賃金改善に関するものを除く。)及び当該介護職員の処遇改善に要する費用の見込額を全ての職員に周知していること。</p>	厚告128号別表1の二の注 留意事項について第3(第2の4の(20)参照) 厚告95号第百二十三	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ロ 介護職員処遇改善加算(Ⅱ) イ(1)から(6)まで、(7)(一)から(四)まで及び(8)に掲げる基準のいずれにも適合すること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ハ 介護職員処遇改善加算(Ⅲ) 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。 (1) イ(1)から(6)及び(8)までに掲げる基準に適合すること。 (2) 次に掲げる基準のいずれかに適合すること。 (一)次に掲げる要件の全てに適合すること。 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(介護職員の賃金に関するものを含む。)を定めていること。 b a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こと。 (二)次に掲げる要件の全てに適合すること。 a 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こと。 b aについて、全ての介護職員に周知していること。 (3) 平成20年10月からイ(2)の届出の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(賃金改善に関するものを除く。)及び当該介護職員の処遇改善に要した費用を全ての職員に周知していること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ニ 介護職員処遇改善加算(Ⅳ) イ(1)から(6)までに掲げる基準のいずれにも適合し、かつハ(2)又は(3)に掲げる基準のいずれかに適合すること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項目	確認事項	根拠法令等	はい	非該当	いいえ
六 介護給付費の算定及び取扱	<p>ホ 介護職員処遇改善加算(V)</p> <p>イ(1)から(6)までに掲げる基準のいずれにも適合すること。</p>	<p>厚告128号別表1の二の注 留意事項について第3(第2の4の(20)参照) 厚告95号第百二十三</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>20 介護職員等特定処遇改善加算</p> <p>別に厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員等の賃金の改善等を実施しているものとして区市町村長に届け出た指定介護予防認知症対応型通所介護事業所が、利用者に対し、指定介護予防認知症対応型通所介護を行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、次に掲げる単位数を所定単位数に加算しているか。 ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。</p> <p>(1) 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ) 算定した単位数の1000分の31に相当する単位数 (2) 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ) 算定した単位数の1000分の24に相当する単位数</p>	<p>厚告128号別表1のホの注 留意事項について第3(第2の4の(21)参照) 厚告95号第百二十三の二</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>※別に厚生労働大臣が定める基準</p> <p>イ 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ) 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。</p> <p>(1) 介護職員その他の職員の賃金改善について、次に掲げる基準のいずれにも適合し、かつ、賃金改善に要する費用の見込額が介護職員等特定処遇改善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、当該計画に基づき適切な措置を講じていること。 (一) 経験及び技能を有する介護職員と認められる者(以下「経験・技能のある介護職員」という。)のうち一人は、賃金改善に要する費用の見込額が月額8万円以上又は賃金改善後の賃金の見込額が年額440万円以上であること。ただし、介護職員等特定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ないこと。 (二) 指定介護予防認知症対応型通所介護事業所における経験・技能のある介護職員の賃金改善に要する費用の見込額の平均が、介護職員(経験・技能のある介護職員を除く。)の賃金改善に要する費用の見込額の平均を上回っていること。 (三) 介護職員(経験・技能のある介護職員を除く。)の賃金改善に要する費用の見込額の平均が、介護職員以外の職員の賃金改善に要する費用の見込額の平均の2倍以上であること。ただし、介護職員以外の職員の平均賃金額が介護職員(経験・技能のある介護職員を除く。)の平均賃金額を上回らない場合はその限りでないこと。 (四) 介護職員以外の職員の賃金改善後の賃金の見込額が年額440万円を上回らないこと。 (2) 当該指定介護予防認知症対応型通所介護事業所において、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当該事業所の職員の処遇改善の計画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、区市町村長に届け出ていること。 (3) 介護職員等特定処遇改善加算の算定額に相当する賃金改善を実施すること。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を除く。)を見直すことはやむを得ないが、その内容について区市町村長に届け出ること。 (4) 当該指定介護予防認知症対応型通所介護事業所において、事業年度ごとに当該事業所の職員の処遇改善に関する実績を区市町村長に報告すること。 (5) 指定介護予防認知症対応型通所介護費における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こと。 (6) 指定介護予防認知症対応型通所介護費における介護職員処遇改善加算(Ⅰ)から(Ⅲ)までのいずれかを算定していること。 (7) (2)の届出に係る計画の期間中に実施する職員の処遇改善の内容(賃金改善に関するものを除く。以下この号において同じ。)及び当該職員の処遇改善に要する費用の見込額を全ての職員に周知していること。 (8) (7)の処遇改善の内容等について、インターネットの利用その他の適切な方法により公表していること。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>ロ 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)</p> <p>イ(1)から(4)まで及び(6)から(8)までに掲げる基準のいずれにも適合すること。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>