

加算点検シート<加算等>【地域密着型通所介護】

①各点検項目のうち、記入日から数えて過去1年以内に算定実績のあるものについて、「算定」欄にチェックを入れてください。(□を■に塗りつぶすなど)
 ②「算定」にチェックを入れたものについて、点検事項の内容を満たしている場合は「適」、満たしていない場合は「不適」にチェックを入れてください。(□を■に塗りつぶすなど)
 ただし、「必ず回答すること」となっている項目については、必ず回答してください。
 ★備考欄に記載されたものは、確認書類等の一例です。一般指導の場合は、その他に確認できる書類があれば、備考欄にその名称を記入し、調査当日に当該書類をご用意ください。

記入年月日	令和 年 月 日
事業所名	
記入者名・役職	

点検項目	算定	点検事項	点検結果		備考
			適	不適	
所要時間について ※必ず回答すること	-	地域密着型通所介護計画に位置付けられた内容の地域密着型通所介護を行うための標準的な時間により、地域密着型通所介護を区分し、報酬請求をしている 地域密着型通所介護サービスの提供時間中に理美容サービスを提供した場合、その時間を除いて介護報酬を請求している	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 非該当	
2時間以上3時間未満の地域密着型通所介護 ※該当する事業所のみ回答	-	利用者側のやむを得ない事情（心身の状況から、長時間のサービス利用が困難である者、病後等で短時間の利用から始めて長時間利用に結び付けていく必要がある者など）により長時間のサービス利用が困難な者 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を実施 ※単に入浴サービスのみといった利用は適当でない	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 非該当	
他サービスとの関係 ※必ず回答すること	-	利用者が、短期入所生活介護、短期入所療養介護、特定施設入居者生活介護、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及び看護小規模多機能型居宅介護を受けている間は地域密着型通所介護費を算定していないか	<input type="checkbox"/> 算定していない	<input type="checkbox"/> 算定している	
屋外でのサービス提供について ※該当する事業所のみ回答	-	屋外でのサービス提供については、①②の要件を満たし、近隣で行う場合のみとしている ①あらかじめ地域密着型通所介護計画に位置付けがあること ②効果的な機能訓練等のサービスが提供できること ※ただし、要件を満たしても、単に気分転換等を目的としたもの及び娯楽性の強いものは認められない	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 非該当	
(1) 人員基準欠如減算 ※必ず回答すること	-	(看護職員・介護職員の人員) ①人員基準上必要とされる員数から1割を超えて減少した月がある ②人員基準上必要とされる員数から1割の範囲内で減少した月がある	<input type="checkbox"/> 非該当	<input type="checkbox"/> ①又は②に該当	※①が該当の場合、人員欠如開始月の翌月から人員基準欠如が解消されるに至った月まですべての利用者等について減算 ②が該当の場合、人員欠如開始月の翌々月から人員基準欠如が解消されるに至った月まで、すべての利用者等について減算(ただし、②の場合については、翌月の末日において人員基準を満たす場合を除く)
(2) 定員超過利用減算 ※必ず回答すること	-	月平均の利用者数が運営規程に定められている利用定員を超えていない(やむを得ない理由による定員の超過を除く)	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 非該当	※非該当の場合、定員超過利用になった翌月から、定員超過利用が解消されるに至った月まで、すべての利用者等について減算
(3) 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(テレビ電話装置等の活用可能)を定期的(年1回以上)に開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図る	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 非該当	
		虐待の防止のための指針を整備している	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 非該当	

点検項目	算定	点検事項	点検結果		備考
			適	不適	
		従業者に対し、虐待防止の研修を定期的（年1回以上）に実施	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 非該当	
		上記に対する専任の担当者を配置	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 非該当	
(4) 業務継続計画未策定減算（令和7年3月31日まで経過措置あり）	-	感染症や非常災害の発生時において、利用者に対するサービス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（業務継続計画）を策定	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 非該当	
		上記の計画に従い必要な措置を講じている	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 非該当	
(5) 延長加算	<input type="checkbox"/>	地域密着型通所介護の所要時間とそ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が9時間以上の場合にのみ、当該加算を算定している	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 非該当	
		利用者に対して延長サービスを行うことができる体制（事業所の実情に応じて適当数の従業者を配置）	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
		利用者が引き続き事業所の設備を利用して宿泊していない又は宿泊した翌日に事業所の地域密着型通所介護の提供を受けていない	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 非該当	
		9時間以上10時間未満の場合50単位、10時間以上11時間未満の場合100単位、11時間以上12時間未満の場合150単位、12時間以上13時間未満の場合200単位、13時間以上14時間未満の場合250単位を算定	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 非該当	
(6) 共生型地域密着型通所介護	<input type="checkbox"/>	共生型居宅サービスの事業を行う指定生活介護事業者が当該事業を行う事業所において、共生型地域密着型通所介護を行った場合、所定単位数の100分の93に相当する単位数を算定	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 非該当	
		共生型居宅サービスの事業を行う指定自立訓練（機能訓練）事業者又は指定自立訓練（生活訓練）事業者が当該事業を行う事業所において、共生型地域密着型通所介護を行った場合、所定単位数の100分の95に相当する単位数を算定	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 非該当	
		共生型居宅サービスの事業を行う指定児童発達支援事業者が当該事業を行う事業所において、共生型地域密着型通所介護を行った場合、所定単位数の100分の90に相当する単位数を算定	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 非該当	
		共生型居宅サービスの事業を行う指定放課後等デイサービス事業者が当該事業を行う事業所において、共生型地域密着型通所介護を行った場合、所定単位数の100分の90に相当する単位数を算定	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 非該当	
(7) 生活相談員配置等加算	<input type="checkbox"/>	共生型地域密着型通所介護	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 非該当	
		生活相談員を1名以上配置している	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 非該当	
		地域に貢献する活動を行っている	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 非該当	
(8) 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	<input type="checkbox"/>	厚生労働大臣の定める地域に利用者が居住	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 非該当	

点検項目	算定	点検事項	点検結果		備考
			適	不適	
(9-1)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	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
		地域密着型通所介護計画上に位置づけた上で、入浴介助が実施されている	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
		地域密着型通所介護計画上、入浴が位置付けられているものの、利用者側の事情により入浴を実施しなかった場合には、当該利用者については入浴介助加算を算定していないか	<input type="checkbox"/> 算定していない	<input type="checkbox"/> 算定している	
		部分浴、清拭のみの利用者に対して加算を算定していないか（シャワー浴の場合は算定可）	<input type="checkbox"/> 算定していない	<input type="checkbox"/> 算定している	
		入浴介助に関わる職員に対し、入浴介助に関する研修を行っている	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 非該当	
(9-2)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	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
		地域密着型通所介護計画上に位置づけた上で、入浴介助が実施されている	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
		地域密着型通所介護計画上、入浴が位置付けられているものの、利用者側の事情により入浴を実施しなかった場合には、当該利用者については入浴介助加算を算定していないか	<input type="checkbox"/> 算定していない	<input type="checkbox"/> 算定している	
		部分浴、清拭のみの利用者に対して加算を算定していないか（シャワー浴の場合は算定可）	<input type="checkbox"/> 算定していない	<input type="checkbox"/> 算定している	
		入浴介助に関わる職員に対し、入浴介助に関する研修を行っている	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 非該当	
		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」という）が利用者の居室を訪問し、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か	<input type="checkbox"/> 評価している	<input type="checkbox"/> 評価していない	
		医師等の訪問において、当該居宅の浴室が、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、訪問した医師等が、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、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か	<input type="checkbox"/> 行っている	<input type="checkbox"/> 行っていない	
		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、利用者の居室を訪問した医師等との連携の下で、個別の入浴計画を作成しているか。なお、通所介護計画への記載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"/> 作成している	<input type="checkbox"/> 作成していない	
入浴計画に基づき、個浴その他の利用者の居室の状況に近い環境（福祉用具等を設置することにより、利用者の居室の浴室の状況を再現しているもの）で、入浴介助を行っているか	<input type="checkbox"/> 行っている	<input type="checkbox"/> 行っていない			
(10)中重度者ケア 体制加算	□	人員基準に規定する看護職員又は介護職員の員数に加え、看護職員又は介護職員を常勤換算方法で2以上確保	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 非該当	※同一の職員を他の加算の要件の職員として配置する場合、兼務は認められない
		地域密着型通所介護を行う時間帯を通じて専従の看護職員を1名以上配置 ※提供時間帯を通じて配置する看護職員は、他の職務との兼務は認められず、加算の要件である加配を行う常勤換算員数を算出する際の勤務時間数に含めることはできない	<input type="checkbox"/> 配置している	<input type="checkbox"/> 配置していない	届出書
		前年度又は算定日が属する月の前3月間の利用者総数のうち、要介護3、要介護4又は要介護5である者の占める割合	<input type="checkbox"/> 3割以上	<input type="checkbox"/> 3割未満	利用者名簿 勤務表

点検項目	算定	点検事項	点検結果		備考
			適	不適	
		<p>前3ヶ月間の実績により届出を行った場合には、届出月以降も直近3ヶ月間の利用者割合につき、毎月継続的に所定割合を維持し、その割合を記録</p> <p>社会性の維持を図り在宅生活の継続に資するケアを計画的に実施するプログラムを作成</p>	<input type="checkbox"/> 記録あり <input type="checkbox"/> 事例なし	<input type="checkbox"/> 記録なし <input type="checkbox"/> 作成していない	<p>勤務時間が分かる書類</p> <p>ケアプログラム</p>
(11-1)生活機能向上連携加算(Ⅰ)	<input type="checkbox"/>	<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。)と共同してアセスメント、利用者の身体状況等の評価及び個別機能訓練計画の作成を実施</p>	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施していない	<p>個別機能訓練加算を算定している場合は、別に個別機能訓練計画を作成する必要はない</p>
		<p>個別機能訓練計画は、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。目標については、利用者又はその家族の意向および当該利用者を担当する介護支援専門員の意見も踏まえ策定し、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する</p>	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 非該当	
		<p>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、利用者の心身の状況に応じた機能訓練を適切に提供している</p>	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 非該当	
		<p>機能訓練指導員等が理学療法士等と連携し、個別機能訓練計画の進捗状況等を3月に1回以上評価し、利用者又はその家族に対して、機能訓練の内容と個別機能訓練計画の進捗状況等を説明し、必要に応じて訓練内容の見直し等を実施</p>	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施していない	
(11-2)生活機能向上連携加算(Ⅱ)	<input type="checkbox"/>	<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。)が、当該地域密着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(以下「機能訓練指導員等」という。)と共同してアセスメント、利用者の身体状況等の評価及び個別機能訓練計画の作成を実施</p>	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施していない	<p>個別機能訓練加算を算定している場合は、別に個別機能訓練計画を作成する必要はない</p>
		<p>個別機能訓練計画は、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。目標については、利用者又はその家族の意向および当該利用者を担当する介護支援専門員の意見も踏まえ策定し、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する</p>	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 非該当	
		<p>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、利用者の心身の状況に応じた機能訓練を適切に提供している</p>	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 非該当	
		<p>機能訓練指導員等が理学療法士等と連携し、個別機能訓練計画の進捗状況等を3月に1回以上評価し、利用者又はその家族に対して、機能訓練の内容と個別機能訓練計画の進捗状況等を説明し、必要に応じて訓練内容の見直し等を実施</p>	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施していない	
(12-1)個別機能訓練加算(Ⅰ)イ	<input type="checkbox"/>	<p>専ら機能訓練指導員の職務に従事する常勤の理学療法士、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(以下「理学療法士等」という。)を1名以上配置</p> <p>※非常勤の理学療法士等だけが配置されている曜日については、当該加算の対象とはならない</p>	<input type="checkbox"/> 配置	<input type="checkbox"/> 配置していない	<p>届出書 勤務表 勤務時間が分かる書類</p>
		<p>当該加算の対象となる理学療法士等が配置される曜日はあらかじめ定められ、利用者や居宅介護支援事業者に周知されている</p>	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 非該当	
		<p>地域密着型通所介護事業所の看護職員が当該加算に係る機能訓練指導員の職務に従事する場合には、当該職務の時間は、地域密着型通所介護事業所における看護職員としての人員基準の算定に含めていないか</p>	<input type="checkbox"/> 含めていない <input type="checkbox"/> 事例なし	<input type="checkbox"/> 含めている	

点検項目	算定	点検事項	点検結果		備考
			適	不適	
		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利用者宅を訪問した上で、共同して、利用者ごとにその目標、実施期間、実施方法等を内容とする（利用者ごとの心身の状況を重視した）個別機能訓練計画を作成	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 非該当	
		開始時及びその後3月ごとに1回以上、利用者宅を訪問し、利用者の居宅での生活状況を確認した上で、利用者又は家族に対し、個別機能訓練計画の内容（評価を含む）を説明し、同意を得ており、その内容を記録。介護支援専門員等へ適宜報告し、必要に応じて目標の見直しや訓練内容を変更	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施していない	※個別機能訓練計画の内容について利用者の同意を得られた日から算定可
		利用者の自立の支援と日常生活の充実に資するよう複数の種類の機能訓練項目を準備し、その項目の選択に当たっては機能訓練指導員が利用者の選択を援助し、選択した項目ごとにグループに分かれて心身の状況に応じた機能訓練の実施	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施していない	個別機能訓練計画書サービス提供記録
		効果、実施時間、実施方法等に対する評価の実施	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施していない	
		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、利用者ごとに保管しており、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	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 非該当	実施時間、訓練内容、担当者等の記録
		定員超過利用・人員基準欠如に該当していない	<input type="checkbox"/> 非該当	<input type="checkbox"/> 該当	
(12-2) 個別機能訓練加算（I）口	<input type="checkbox"/>	専ら機能訓練指導員の職務に従事する常勤の理学療法士、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（以下「理学療法士等」という。）を1名以上配置	<input type="checkbox"/> 配置	<input type="checkbox"/> 配置していない	届出書勤務表勤務時間が分かる書類
		加えて、地域密着型通所介護を行う時間帯を通じて、専ら機能訓練指導員の職務に従事する常勤の理学療法士、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（以下「理学療法士等」という。）を1名以上配置			
		当該加算の対象となる理学療法士等が配置される曜日はあらかじめ定められ、利用者や居宅介護支援事業者に周知されている	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 非該当	
		地域密着型通所介護事業所の看護職員が当該加算に係る機能訓練指導員の職務に従事する場合には、当該職務の時間は、地域密着型通所介護事業所における看護職員としての人員基準の算定に含めていないか	<input type="checkbox"/> 含めていない <input type="checkbox"/> 事例なし	<input type="checkbox"/> 含めている	
		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利用者宅を訪問した上で、共同して、利用者ごとにその目標、実施期間、実施方法等を内容とする（利用者ごとの心身の状況を重視した）個別機能訓練計画を作成	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 非該当	
		開始時及びその後3月ごとに1回以上、利用者宅を訪問し、利用者の居宅での生活状況を確認した上で、利用者又は家族に対し、個別機能訓練計画の内容（評価を含む）を説明し、同意を得ており、その内容を記録。介護支援専門員等へ適宜報告し、必要に応じて目標の見直しや訓練内容を変更	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施していない	※個別機能訓練計画の内容について利用者の同意を得られた日から算定可
		利用者の自立の支援と日常生活の充実に資するよう複数の種類の機能訓練項目を準備し、その項目の選択に当たっては機能訓練指導員が利用者の選択を援助し、選択した項目ごとにグループに分かれて心身の状況に応じた機能訓練の実施	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施していない	個別機能訓練計画書サービス提供記録
		効果、実施時間、実施方法等に対する評価の実施	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施していない	
		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、利用者ごとに保管しており、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	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 非該当	実施時間、訓練内容、担当者等の記録
		定員超過利用・人員基準欠如に該当していない	<input type="checkbox"/> 非該当	<input type="checkbox"/> 該当	

点検項目	算定	点検事項	点検結果		備考
			適	不適	
(12-3) 個別機能訓練加算 (Ⅱ)	□	厚生労働大臣が定める基準(厚生労働省告示第九十五号)五十一の四イ(1)から(5)まで又はロ(1)及び(2)に掲げる基準に適合しているか	<input type="checkbox"/> 適合している	<input type="checkbox"/> 適合していない	届出書 勤務表 勤務時間が分かる書類 個別機能訓練計画書
		利用者ごとの個別機能訓練計画書の内容等の情報を、LIFEを用いて厚生労働省に提出し、機能訓練の実施に当たり、必要な情報を活用していること。	<input type="checkbox"/> 活用している	<input type="checkbox"/> 活用していない	
(13-1) ADL維持等加算 (Ⅰ)	□	評価対象者(当該事業所の利用期間(評価対象利用期間)が6月を超える者の総数)	<input type="checkbox"/> 10人以上	<input type="checkbox"/> 10人未満	
		評価対象者全員について、評価対象期間利用者の初月と当該月の翌月から起算して6月目において、ADLを評価し、その評価に基づく値(ADL値)を測定し、測定した日が属する月ごとに厚生労働省(LIFE)に測定を提出	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 非該当	
		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定した値の平均値	<input type="checkbox"/> 1以上	<input type="checkbox"/> 1未満	
(13-2) ADL維持等加算 (Ⅱ)	□	評価対象者(当該事業所の利用期間(評価対象利用期間)が6月を超える者の総数)	<input type="checkbox"/> 10人以上	<input type="checkbox"/> 10人未満	
		評価対象者全員について、評価対象期間利用者の初月と当該月の翌月から起算して6月目において、ADLを評価し、その評価に基づく値(ADL値)を測定し、測定した日が属する月ごとに厚生労働省(LIFE)に測定を提出	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 非該当	
		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定した値の平均値	<input type="checkbox"/> 3以上	<input type="checkbox"/> 3未満	
(14) 認知症加算	□	人員基準に規定する看護職員又は介護職員の員数に加え、看護職員又は介護職員を常勤換算方法で2以上確保	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 非該当	届出書 利用者名簿 研修修了証書 勤務表 勤務時間が分かる書類 ケアプログラム
		前年度又は算定日が属する月の前3月間の利用者総数のうち、日常生活に支障を来すおそれのある症状又は行動が認められることから介護を必要とする認知症の者(日常生活自立度ランクⅢ以上に該当)の占める割合が15%以上	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 非該当	
		指定地域密着型通所介護を行う時間帯を通じて専ら当該指定地域密着型通所介護の提供に当たる、認知症介護指導者研修、認知症介護実践リーダー研修、認知症介護実践者研修等を修了した者を1名以上配置 ※同一の職員を他の加算の要件の職員として配置する場合、兼務は認められない	<input type="checkbox"/> 配置している	<input type="checkbox"/> 配置していない	
		認知症の症状の進行緩和に資するケアを計画的に実施するプログラムを作成	<input type="checkbox"/> 作成	<input type="checkbox"/> 作成していない	
		事業従事者に対する認知症ケアに関する事例の検討や技術的指導に係る会議を定期的に開催している	<input type="checkbox"/> 開催	<input type="checkbox"/> 開催していない	
(15) 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"/> 定めている	<input type="checkbox"/> 定めていない	
		担当者を中心に、利用者の特性やニーズに応じたサービスを提供	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施していない	
		認知症加算を算定していないか	<input type="checkbox"/> 算定していない	<input type="checkbox"/> 算定している	

点検項目	算定	点検事項	点検結果		備考
			適	不適	
(16) 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名以上配置していること。	<input type="checkbox"/> 配置している	<input type="checkbox"/> 配置していない	
		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栄養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結果を説明し、相談等に必要に応じ対応	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施していない	
		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り、必要な情報を活用しているか	<input type="checkbox"/> 活用している	<input type="checkbox"/> 活用していない	
		定員超過利用・人員基準欠如に該当していない	<input type="checkbox"/> 非該当	<input type="checkbox"/> 該当	
(17) 栄養改善加算	□	当該事業者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	<input type="checkbox"/> 配置していない	
		低栄養状態にある又はそのおそれのある利用者に対して、当該利用者の低栄養状態の改善等を目的として、個別的に実施される栄養食事相談等の栄養管理であって、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を行った場合に算定	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 非該当	
		次の①～⑤のいずれかに該当するものであって、栄養改善サービスの提供が必要と認められる者に対して算定 ①BMIが18.5未満の者 ②1～6月間に3%以上の体重の減少が認められる者、又は「地域支援事業の実施について」に規定する基本チェックリストのNo.11の項目が「1」に該当する者 ③血清アルブミン値が3.5g/dl以下である者 ④食事摂取量が不良（75%以下）である者 ⑤その他低栄養状態にある、又はそのおそれがあると認められる者 なお、次のような問題を有する者について、上記①～⑤のいずれかに該当するか適宜確認すること ・口腔及び摂食・嚥下機能の問題 ・生活機能の低下の問題 ・褥瘡に関する問題 ・食欲の低下の問題 ・閉じこもりの問題 ・認知症の問題 ・うつの問題	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 非該当	
		利用開始時に、利用者ごとの低栄養状態のリスクを把握	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 非該当	
		管理栄養士が中心となって栄養アセスメントを行い、管理栄養士、看護職員、介護職員等が共同して、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	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	栄養ケア計画
		利用者又はその家族に対する計画の説明及び同意の有無（同意を得られた日以降に提供したサービスについて当該加算を算定）	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
		利用者ごとの栄養ケア計画に従い、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	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 非該当	栄養ケア提供経過記録
		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。利用者の栄養状態に応じて、定期的に、利用者の生活機能の状況を検討し、おおむね3月ごとに体重を測定する等により、栄養状態の評価を行い、その結果を担当介護支援専門員や利用者の主治の医師に対して情報提供している	<input type="checkbox"/> 3月ごとに実施	<input type="checkbox"/> 実施していない	栄養ケアモニタリング
		おおむね3月ごとの評価の結果、継続的に管理栄養士等がサービス提供を行うことにより、栄養改善の効果が期待できると認められる者についてのみ、継続的に栄養改善サービスを提供	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 非該当	
		定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
月の算定回数	<input type="checkbox"/> 2回以下	<input type="checkbox"/> 3回以上			

点検項目	算定	点検事項	点検結果		備考
			適	不適	
(18-1) 口腔・栄養スクリーニング加算 (I)	□	<p>次の(1)、(2)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) 地域密着型通所介護費のイを算定している</p> <p>(二) 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及び栄養状態の確認を行い、確認した情報を担当する介護支援専門員に提供すること</p> <p>(三) 算定日が属する月が、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ないこと</p> <p>(四) 算定日が属する月が、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ないこと</p> <p>(五) 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと</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) 地域密着型通所介護費のロを算定している</p> <p>(二) 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及び栄養状態の確認を行い、確認した情報を担当する介護支援専門員に提供すること</p> <p>(三) 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"/> 適合している	<input type="checkbox"/> 適合していない	
		<p>利用者について、次に掲げる①から④に関する確認を行い、確認した情報を介護支援専門員に対し、提供すること</p> <p>①BMIが18.5未満の者</p> <p>②1～6月間に3%以上の体重の減少が認められる者、又は「地域支援事業の実施について」に規定する基本チェックリストのNo.11の項目が「1」に該当する者</p> <p>③血清アルブミン値が3.5g/dl以下である者</p> <p>④食事摂取量が不良(75%以下)である者</p>	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施していない	
(18-2) 口腔・栄養スクリーニング加算 (II)	□	地域密着型通所介護費のイを算定している	<input type="checkbox"/> 算定している	<input type="checkbox"/> 算定していない	
		<p>次の(1)、(2)のいずれかに適合しているか</p> <p>(1) 次のいずれにも適合すること</p> <p>(一) 大臣基準告示・十九のニイ(1)及び(3)に掲げる基準に適合</p> <p>(二) 算定日が属する月が、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>(三) 算定日が属する月が、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) 次のいずれにも適合すること</p> <p>(一) 大臣基準告示・十九のニイ(2)及び(3)に掲げる基準に適合</p> <p>(二) 算定日が属する月が、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) 算定日が属する月が、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>	<input type="checkbox"/> 適合している	<input type="checkbox"/> 適合していない	
(19-1) 口腔機能向上加算 (I)	□	口腔機能が低下している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を行った場合に算定	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 非該当	
		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	<input type="checkbox"/> 配置していない	

点検項目	算定	点検事項	点検結果		備考
			適	不適	
		次のいずれかに該当する者であって、口腔機能向上サービスの提供が必要と認められる者に算定している ①認定調査票において嚥下、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連する(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	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 非該当	
		歯科医療を受診している場合であって、次の①又は②のいずれかに該当する場合に算定していないか（医療における対応の必要性の有無） ①医療保険において歯科診療報酬点数表に掲げる摂食機能療法を算定している場合 ②①を算定していない場合であって、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」を行っていない場合	<input type="checkbox"/> 算定していない	<input type="checkbox"/> 算定している	
		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、生活相談員等が共同して口腔機能改善管理指導計画を作成	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	口腔機能改善管理指導計画
		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	<input type="checkbox"/> なし	
		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	<input type="checkbox"/> なし	口腔機能改善管理指導計画
		利用者ごとの計画の進捗状況を定期的に評価している。また、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、その結果を担当介護支援専門員や主治の医師、主治の歯科医師に対して情報提供	<input type="checkbox"/> 3月ごとに実施	<input type="checkbox"/> 実施していない	口腔機能向上サービスのモニタリング
		おおむね3月ごとの評価の結果、次の①、②のいずれかに該当する者であって、継続的に言語聴覚士等がサービス提供を行うことにより、口腔機能の向上又は維持の効果が期待できると認められるものについてのみ、継続的に口腔機能向上サービスを提供 ①口腔清潔・唾液分泌・咀嚼・嚥下・食事摂取等の口腔機能の低下が認められる状態の者 ②当該サービスを継続しないことにより、口腔機能が著しく低下するおそれのある者	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 非該当	
		定員超過利用・人員基準欠如に該当	<input type="checkbox"/> 該当していない	<input type="checkbox"/> 該当している	
		月の算定回数	<input type="checkbox"/> 2回以下	<input type="checkbox"/> 3回以上	
(19-2) 口腔機能向上加算(Ⅱ)	<input type="checkbox"/>	口腔機能が低下している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を行った場合に算定	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 非該当	
		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	<input type="checkbox"/> 配置していない	
		次のいずれかに該当する者であって、口腔機能向上サービスの提供が必要と認められる者に算定している ①認定調査票において嚥下、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連する(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	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 非該当	

点検項目	算定	点検事項	点検結果		備考
			適	不適	
		<p>歯科医療を受診している場合であって、次の①又は②のいずれかに該当する場合に算定していないか（医療における対応の必要性の有無）</p> <p>①医療保険において歯科診療報酬点数表に掲げる摂食機能療法を算定している場合 ②①を算定していない場合であって、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」を行っていない場合</p>	<input type="checkbox"/> 算定していない	<input type="checkbox"/> 算定している	
		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、生活相談員等が共同して口腔機能改善管理指導計画を作成	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	口腔機能改善管理指導計画
		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	<input type="checkbox"/> なし	
		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	<input type="checkbox"/> なし	口腔機能改善管理指導計画
		利用者ごとの計画の進捗状況を定期的に評価している。また、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、その結果を担当介護支援専門員や主治の医師、主治の歯科医師に対して情報提供	<input type="checkbox"/> 3月ごとに実施	<input type="checkbox"/> 実施していない	口腔機能向上サービスのモニタリング
		<p>おおむね3月ごとの評価の結果、次の①、②のいずれかに該当する者であって、継続的に言語聴覚士等がサービス提供を行うことにより、口腔機能の向上又は維持の効果が期待できると認められるものについてのみ、継続的に口腔機能向上サービスを提供</p> <p>①口腔清潔・唾液分泌・咀嚼・嚥下・食事摂取等の口腔機能の低下が認められる状態の者 ②当該サービスを継続しないことにより、口腔機能が著しく低下するおそれのある者</p>	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 非該当	
		定員超過利用・人員基準欠如	<input type="checkbox"/> 該当していない	<input type="checkbox"/> 該当している	
		月の算定回数	<input type="checkbox"/> 2回以下	<input type="checkbox"/> 3回以上	
		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LIFEを用いて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り、必要な情報を活用しているか	<input type="checkbox"/> 活用している	<input type="checkbox"/> 活用していない	
(20) 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、LIFEを用いて3ヶ月に一回厚生労働省に提出している	<input type="checkbox"/> 提出している	<input type="checkbox"/> 提出していない	
		必要に応じ、地域密着型通所介護計画を見直すなど、サービスの提供に当たり、必要な情報を活用しているか	<input type="checkbox"/> 活用している	<input type="checkbox"/> 活用していない	
		<p>利用者に提供するサービスの質を常に向上させていくため、次の計画（Plan）、実行（Do）、評価（Check）、改善（Action）のサイクル（PDCAサイクル）を行い、質の高いサービスを実施する体制を構築しているか</p> <p>イ 利用者の心身の状況等に係る基本的な情報に基づき、適切なサービスを提供するためのサービス計画を作成する（Plan） ロ サービスの提供に当たっては、サービス計画に基づいて、利用者の自立支援や重度化防止に資する介護を実施する（Do） ハ LIFEへの提出情報及びフィードバック情報等も活用し、多職種が共同して、事業所の特性やサービス提供の在り方について検証を行う（Check） ニ 検証結果に基づき、利用者のサービス計画を適切に見直し、事業所全体として、サービスの質の更なる向上に努める（Action）</p>	<input type="checkbox"/> 構築している	<input type="checkbox"/> 構築していない	

点検項目	算定	点検事項	点検結果		備考
			適	不適	
(21)同一建物減算 ※必ず回答すること ※不適の場合は減算	—	事業所と構造又は外形上、一体的な建築物に居住する利用者又は同一建物から通所する利用者に対してサービスを提供する場合にあって、次のいずれにも該当しない場合は、1日につき94単位を所定単位数から減算しているか ①傷病により一時的に歩行困難となった者又は歩行困難な要介護者であって、かつ建物の構造上自力での通所が困難である者 ②2人以上の従業者が、利用者の居住する場所と通所介護事業所の間の往復の移動を介助 ③2人以上の従業者による移動介助を必要とする理由、移動介助の方法及び期間について慎重に検討し、その内容及び結果を通所介護計画に記載	<input type="checkbox"/> 減算している <input type="checkbox"/> 該当者なし	<input type="checkbox"/> 減算していない	地域密着型通所介護計画送迎に係る記録
(22)送迎を行わない場合の減算	<input type="checkbox"/>	「同一建物居住者等への提供減算」の対象外であって、事業者が送迎を実施していない場合（利用者が自ら通う場合、家族等が送迎を行う場合など）に送迎減算を適用しているか	<input type="checkbox"/> している	<input type="checkbox"/> していない	地域密着型通所介護計画送迎に係る記録
(23-1)サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	<input type="checkbox"/>	次のいずれかに適合しているか （一）介護職員のうち、介護福祉士の占める割合が7割以上 （二）介護職員のうち、勤続年数10年以上の介護福祉士の占める割合が25%以上	<input type="checkbox"/> 適合している	<input type="checkbox"/> 適合していない	
		2 定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 非該当	
(23-2)サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	<input type="checkbox"/>	1 介護職員のうち介護福祉士の数	<input type="checkbox"/> 5割以上	<input type="checkbox"/> 5割未満	
		2 定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 非該当	
(23-3)サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	<input type="checkbox"/>	次のいずれかに適合しているか （一）介護職員のうち、介護福祉士の占める割合が4割以上 （二）直接提供する職員のうち勤続年数7年以上の職員の占める割合が3割以上	<input type="checkbox"/> 適合している	<input type="checkbox"/> 適合していない	
		2 定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 非該当	※介護職員が生活相談員を兼務している場合、当該加算の常勤換算方法による職員の割合の算出に当たっては、生活相談員として勤務している時間は除くこと
(23-4)サービス提供体制強化加算（Ⅲ）イ	<input type="checkbox"/>	1 指定療養通所介護を利用者に直接提供する職員のうち勤続年数7年以上の職員の占める割合が3割以上	<input type="checkbox"/> 3割以上	<input type="checkbox"/> 3割未満	
		2 定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 非該当	
(23-5)サービス提供体制強化加算（Ⅲ）ロ	<input type="checkbox"/>	1 指定療養通所介護を利用者に直接提供する職員のうち勤続年数3年以上の職員の占める割合が3割以上	<input type="checkbox"/> 3割以上	<input type="checkbox"/> 3割未満	
		2 定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 非該当	
(24-1)介護職員処遇改善加算（Ⅰ）および ※（Ⅰ）イ（Ⅰ）ロ R8年6月～の加算	<input type="checkbox"/>	1 当該加算の算定見込額を上回る賃金改善計画の策定、適切な措置	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 非該当	
		2 1の計画、計画の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の作成、全ての介護職員に周知、本市に届出	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 非該当	
		3 当該加算の算定額に相当する賃金改善の実施。ただし、事業継続困難時に賃金水準を見直す場合には、本市への届出（特別事情届出書）が必要	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 非該当	
		4 処遇改善に関する前年度の実績を本市に報告（初年度の場合、報告を予定）	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
		5 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（算定日の属する月の前12月間）	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 非該当	
		6 労働保険料の適正な納付	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 非該当	

点検項目	算定	点検事項	点検結果		備考
			適	不適	
		7 次に掲げる基準のいずれにも適合			
		(1) 月額賃金改善要件Ⅰ	<input type="checkbox"/>	いずれにも 該当	<input type="checkbox"/> 非該当
		(2) 月額賃金改善要件Ⅱ	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 非該当
		(3) キャリアパス要件Ⅰ	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 非該当
		(4) キャリアパス要件Ⅱ	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 非該当
		(5) キャリアパス要件Ⅲ	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 非該当
		(6) キャリアパス要件Ⅳ	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 非該当
		(7) キャリアパス要件Ⅴ	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 非該当
		(8) 職場環境等要件 ※令和7年度より適用	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 非該当
職場環境等の改善に係る取組について、ホームページへの掲載等により公表している	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 非該当			
(Ⅰ) □のみ		上記に加え、令和8年度特例要件（以下のいずれかを行っていること） （ア）ケアブランデータ連携システムを利用していること （イ）生産性向上推進体制加算Ⅰ又はⅡを算定していること （ウ）介護サービス事業所等が所属する法人が、社会福祉連携法人に所属していること ※（ア）（イ）については利用、算定の誓約をしている場合は要件を満たすものとして取り扱う	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 非該当	
(24-2) 介護職員処遇改善加算（Ⅱ）および ※（Ⅱ）イ（Ⅱ）□ R8年6月～の加算		1 当該加算の算定見込額を上回る賃金改善計画の策定、適切な措置	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 非該当	
		2 1の計画、計画の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の作成、全ての介護職員に周知、本市に届出	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 非該当	
		3 当該加算の算定額に相当する賃金改善の実施。ただし、事業継続困難時に賃金水準を見直す場合には、本市への届出（特別事情届出書）が必要	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 非該当	
		4 処遇改善に関する前年度の実績を本市に報告（初年度の場合、報告を予定）	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
		5 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（算定日の属する月の前12月間）	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 非該当	
		6 労働保険料の適正な納付	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 非該当	
		7 次に掲げる基準のいずれにも適合			
		(1) 月額賃金改善要件Ⅰ	<input type="checkbox"/>	いずれにも 該当	<input type="checkbox"/> 非該当
		(2) 月額賃金改善要件Ⅱ	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 非該当
		(3) キャリアパス要件Ⅰ	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 非該当
(4) キャリアパス要件Ⅱ	<input type="checkbox"/>				
(5) キャリアパス要件Ⅲ	<input type="checkbox"/>				
(6) キャリアパス要件Ⅳ	<input type="checkbox"/>				
(7) 職場環境等要件 ※令和7年度より適用	<input type="checkbox"/>				
職場環境等の改善に係る取組について、ホームページへの掲載等により公表している	<input type="checkbox"/>				

点検項目	算定	点検事項	点検結果		備考
			適	不適	
(Ⅱ) 口のみ		<p>上記に加え、令和8年度特例要件（以下のいずれかを行っていること）</p> <p>(ア) ケアブランデータ連携システムを利用していること</p> <p>(イ) 生産性向上推進体制加算Ⅰ又はⅡを算定していること</p> <p>(ウ) 介護サービス事業所等が所属する法人が、社会福祉連携法人に所属していること</p> <p>※(ア)(イ)については利用、算定の誓約をしている場合は要件を満たすものとして取り扱う</p>	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 非該当	
(24-3) 介護職員処遇改善加算 (Ⅲ)		1 当該加算の算定見込額を上回る賃金改善計画の策定、適切な措置	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 非該当	
		2 1の計画、計画の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の作成、全ての介護職員に周知、本市に届出	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 非該当	
		3 当該加算の算定額に相当する賃金改善の実施。ただし、事業継続困難時に賃金水準を見直す場合には、本市への届出（特別事情届出書）が必要	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 非該当	
		4 処遇改善に関する前年度の実績を本市に報告（初年度の場合、報告を予定）	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
		5 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（算定日の属する月の前12月間）	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 非該当	
		6 労働保険料の適正な納付	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 非該当	
		7 次に掲げる基準のいずれにも適合			
		(1) 月額賃金改善要件Ⅰ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> いずれにも該当 <input type="checkbox"/> 非該当	
		(2) 月額賃金改善要件Ⅱ	<input type="checkbox"/>		
		(3) キャリアパス要件Ⅰ	<input type="checkbox"/>		
	(4) キャリアパス要件Ⅱ	<input type="checkbox"/>			
	(5) キャリアパス要件Ⅲ	<input type="checkbox"/>			
	(7) 職場環境等要件 ※令和7年度より適用	<input type="checkbox"/>			
(24-4) 介護職員処遇改善加算 (Ⅳ)		1 当該加算の算定見込額を上回る賃金改善計画の策定、適切な措置	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 非該当	
		2 1の計画、計画の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の作成、全ての介護職員に周知、本市に届出	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 非該当	
		3 当該加算の算定額に相当する賃金改善の実施。ただし、事業継続困難時に賃金水準を見直す場合には、本市への届出（特別事情届出書）が必要	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 非該当	
		4 処遇改善に関する前年度の実績を本市に報告（初年度の場合、報告を予定）	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
		5 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（算定日の属する月の前12月間）	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 非該当	
		6 労働保険料の適正な納付	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 非該当	
		7 次に掲げる基準のいずれにも適合			
		(1) 月額賃金改善要件Ⅰ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> いずれにも該当 <input type="checkbox"/> 非該当	
		(2) 月額賃金改善要件Ⅱ	<input type="checkbox"/>		
		(3) キャリアパス要件Ⅰ	<input type="checkbox"/>		
	(4) キャリアパス要件Ⅱ	<input type="checkbox"/>			
	(5) 職場環境等要件 ※令和7年度より適用	<input type="checkbox"/>			