

603 認知症対応型通所介護費

点検項目	点検事項	点検結果	
7～9時間の前後に行う日常生活上の世話	7時間以上9時間未満のサービス提供	<input type="checkbox"/> 実施	
	9時間以上10時間未満	<input type="checkbox"/> 50単位	
	10時間以上11時間未満	<input type="checkbox"/> 100単位	
	11時間以上12時間未満	<input type="checkbox"/> 150単位	
入浴加算	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"/> 満たす	
	通所計画上の位置づけ	<input type="checkbox"/> あり	
	入浴介助の実施	<input type="checkbox"/> 実施	
個別機能訓練加算	個別機能訓練開始時の利用者への説明の有無	<input type="checkbox"/> あり	
	専ら職務に従事する機能訓練指導員が120分以上かつ1名以上の配置	<input type="checkbox"/> 配置	
	多職種協働による個別機能訓練計画の作成	<input type="checkbox"/> 実施	個別機能訓練計画
	計画に基づく機能訓練の実施	<input type="checkbox"/> 実施	
	効果、実施方法に対する評価の実施	<input type="checkbox"/> 実施	
	個別機能訓練計画の内容説明、記録	<input type="checkbox"/> 3月に1回以上実施	
	個別機能訓練に関する記録の保管、閲覧への対応	<input type="checkbox"/> あり	
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定める	<input type="checkbox"/> 該当	
	担当者中心に利用者の特性やニーズに応じた適切なサービス提供	<input type="checkbox"/> 実施	

点検項目	点検事項	点検結果	
栄養改善加算	管理栄養士を1名以上配置	<input type="checkbox"/> 配置	
	管理栄養士、看護・介護職員等が共同した栄養ケア計画の作成	<input type="checkbox"/> あり	栄養ケア計画(参考様式)
	利用者等に対する計画の説明及び同意の有無	<input type="checkbox"/> あり	
	計画に基づく栄養改善サービスの提供、栄養状態等の記録	<input type="checkbox"/> あり	栄養ケア提供経過記録(参考様式)
	栄養ケア計画の評価、ケアマネ等に対する情報提供	<input type="checkbox"/> 3月ごとに実施	栄養ケアモニタリング(参考様式)
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> あり	
	月の算定回数	<input type="checkbox"/> 2回以下	
	低栄養状態又はそのおそれがあり、栄養改善サービス提供が必要と認められる者	<input type="checkbox"/> 該当	
	問題を有する者の適宜確認	<input type="checkbox"/> 該当	
口腔機能向上加算	言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員を1名以上配置	<input type="checkbox"/> 配置	
	言語聴覚士、歯科衛生士、看護・介護職員等による口腔機能改善管理指導計画の作成	<input type="checkbox"/> あり	口腔機能改善管理指導計画・実施記録(参考様式)
	認定調査票の嚥下・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、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」に該当する者又は、その他口腔機能の低下している者(おそれのある者含む)	<input type="checkbox"/> 該当	
	介護支援専門員を通じて、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場合、医療保険の染色機能療法の算定していない又は摂食・嚥下機能に関する訓練の指導若しくは実施をしている	<input type="checkbox"/> 該当	
	利用者等に対する計画の説明及び同意の有無	<input type="checkbox"/> あり	
	計画に基づく言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員による口腔機能向上サービスの提供、定期的な記録作成	<input type="checkbox"/> あり	口腔機能改善管理指導計画・実施記録(参考様式)
	利用者毎の計画の進捗状況を定期的に評価、ケアマネ等への情報提供	<input type="checkbox"/> 3月ごとに実施	口腔機能向上サービスのモニタリング(参考様式)
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> あり	
	月の算定回数	<input type="checkbox"/> 2回以下	

(自己点検シート)

点検項目	点検事項	点検結果	
サービス提供体制強化加算Ⅰ	介護職員総数のうち介護福祉士の数4割以上	<input type="checkbox"/> 該当	
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	
サービス提供体制強化加算Ⅱ	直接処遇職員のうち勤続年数3年以上の者の数3割以上	<input type="checkbox"/> 該当	
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	
同一建物減算	事業所と同一建物に居住	<input type="checkbox"/> 該当	
介護職員処遇改善加算Ⅰ	1 賃金改善に関する計画の策定、計画に基づく措置	<input type="checkbox"/> あり	改善計画書
	2 改善計画書の作成、周知、届出	<input type="checkbox"/> あり	改善計画書
	3 賃金改善の実施	<input type="checkbox"/> あり	
	4 処遇改善に関する実績の報告	<input type="checkbox"/> あり	実績報告書
	5 前12月間に法令違反し、刑罰以上の処刑	<input type="checkbox"/> なし	
	6 労働保険料の納付	<input type="checkbox"/> 適正に納付	
	7 (一)、(二)のいずれかに適合	<input type="checkbox"/>	
	(一) 任用の際の職責又は職務内容等の要件を書面で作成し、全ての介護職員に周知	<input type="checkbox"/> あり	
	(二) 資質の向上の支援に関する計画の策定、研修の実施又は研修の機会を確保し、全ての介護職員に周知	<input type="checkbox"/> あり	研修計画書
8 処遇改善の内容（賃金改善を除く）及び処遇改善に要した費用を全ての職員に周知	<input type="checkbox"/> あり		

点検項目	点検事項	点検結果	
介護職員処遇改善加算Ⅱ	1 賃金改善に関する計画の策定、計画に基づく措置	<input type="checkbox"/> あり	改善計画書
	2 改善計画書の作成、周知、届出	<input type="checkbox"/> あり	改善計画書
	3 賃金改善の実施	<input type="checkbox"/> あり	
	4 処遇改善に関する実績の報告	<input type="checkbox"/> あり	実績報告書
	5 前12月間に法令違反し、刑罰以上の処刑	<input type="checkbox"/> なし	
	6 労働保険料の納付	<input type="checkbox"/> 適正に納付	
	7、8に掲げる基準のいずれかに適合	<input type="checkbox"/>	
	7(一)任用の際の職責又は職務内容等の要件を書面で作成し、全ての介護職員に周知	<input type="checkbox"/> あり	
	7(二)資質の向上の支援に関する計画の策定、研修の実施又は研修の機会を確保し、全ての介護職員に周知	<input type="checkbox"/> あり	研修計画書
8 処遇改善の内容（賃金改善を除く）及び処遇改善に要した費用を全ての職員に周知	<input type="checkbox"/> あり		
介護職員処遇改善加算Ⅲ	1 賃金改善に関する計画の策定、計画に基づく措置	<input type="checkbox"/> あり	改善計画書
	2 改善計画書の作成、周知、届出	<input type="checkbox"/> あり	改善計画書
	3 賃金改善の実施	<input type="checkbox"/> あり	
	4 処遇改善に関する実績の報告	<input type="checkbox"/> あり	実績報告書
	5 前12月間に法令違反し、刑罰以上の処刑	<input type="checkbox"/> なし	
	6 労働保険料の納付	<input type="checkbox"/> 適正に納付	