

通所介護費

点検項目	点検事項	点検結果	確認する書類等
通常規模型通所介護費	前年度の1月当たりの平均利用延人員数が750人以内	<input type="checkbox"/> 該当	
大規模型通所介護費 (Ⅰ)	前年度の1月当たりの平均利用延人員数が750人超～900人以内	<input type="checkbox"/> 該当	
大規模型通所介護費 (Ⅱ)	前年度の1月当たりの平均利用延人員数が900人超	<input type="checkbox"/> 該当	
定員超過の場合の算定	県知事に提出した運営規定に定められている利用定員を超えたときは、所定単位数に70/100を乗じて得た単位数としているか。	<input type="checkbox"/> 該当	○前年度の利用者実績
人員基準を満たさない場合の算定	看護職員、介護職員の員数が基準省令に定める員数を満たしていないときは、所定単位数に70/100を乗じて得た単位数としているか。	<input type="checkbox"/> 該当	
高齢者虐待防止措置未実施減算	以下の基準を1つでも満たさない場合は減算		
	高齢者虐待防止のための対策を検討する委員会の定期的な開催と従業者への周知徹底	<input type="checkbox"/> 該当	○委員会の議事録
	高齢者虐待防止のための指針の整備	<input type="checkbox"/> 整備	○指針
	高齢者虐待防止のための従業者の対する研修の定期的な実施(年1回以上)	<input type="checkbox"/> 定期的に実施	○研修計画書(事業計画書)
	上記3項目の措置を適切に実施するための担当者の設置	<input type="checkbox"/> 設置	○担当者を置いていることがわかるもの
業務継続計画未策定減算	感染症、非常災害発生時のサービスの継続実施及び早期の業務再開の計画(業務継続計画)と従業者への周知徹底策定していない場合は減算	<input type="checkbox"/> 策定	○業務継続計画(BCP)
2時間以上3時間未満の通所介護を行う場合	心身の状況その他利用者側のやむを得ない事情により長時間のサービス利用が困難な者に対して、所要時間2時間以上3時間未満の指定通所介護を行う場合	<input type="checkbox"/> 該当	○サービス提供表
	通所介護の本来の目的に照らし、単に入浴サービスのみといった利用ではなく、利用者の日常生活動作能力などの向上のため、日常生活を通じた機能訓練等が実施されている。	<input type="checkbox"/> 該当	○機能訓練実施記録
感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合の基本報酬への加算	感染症又は災害(厚生労働大臣が認めるものに限る。)の発生を理由とする利用者数の減少が生じ、当該月の利用者数の実績が当該月の前年度における月平均の利用者数よりも100分の5以上減少している。	<input type="checkbox"/> 該当	○感染症又は災害の発生を理由とする通所介護等の介護報酬による評価届出様式 ○利用延人員数計算書面
8時間以上9時間未満の報酬区分によるサービス提供の前後に行う日常生活上の世話	8時間以上9時間未満の報酬区分でのサービス提供	<input type="checkbox"/> 該当	
	9時間以上10時間未満	<input type="checkbox"/> 該当	
	10時間以上11時間未満	<input type="checkbox"/> 該当	
	11時間以上12時間未満	<input type="checkbox"/> 該当	
	12時間以上13時間未満	<input type="checkbox"/> 該当	
	13時間以上14時間未満	<input type="checkbox"/> 該当	
共生型通所介護を行う場合	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通所介護を行った場合	<input type="checkbox"/> 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通所介護を行った場合	<input type="checkbox"/> 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通所介護を行った場合	<input type="checkbox"/> 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通所介護を行った場合	<input type="checkbox"/> 該当	
生活相談員配置等加算	共生型通所介護費を算定している。	<input type="checkbox"/> 該当	
	生活相談員を、共生型通所介護の提供日ごとに、当該共生型通所介護を行う時間帯を通じて1名以上配置している。	<input type="checkbox"/> 該当	○勤務表
	地域に貢献する活動を行っている。	<input type="checkbox"/> 該当	○地域貢献の活動記録
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	厚生労働大臣の定める地域(平成21年厚生労働省告示第83号)に居住している利用者に通常の事業の実施地域を越えて指定通所介護を行った場合	<input type="checkbox"/> 該当	

点検項目	点検事項	点検結果	確認する書類等
送迎時における居宅内介助等の実施	次の①、②の要件をいずれも満たす場合、提供時間の内30分以内を限度として、送迎時に実施した居宅内での介助等（着替え、ベッド・車椅子への移乗、戸締まり等）に要する時間を指定通所介護を行うのに要する時間を含めることが可	<input type="checkbox"/> あり	居宅サービス計画書・通所介護計画書
	①居宅サービス計画及び通所介護計画に位置付けた上で実施	<input type="checkbox"/> 該当	居宅サービス計画書・通所介護計画書
	②送迎時に居宅内の介助等を行う者が、介護福祉士、実務者研修修了者、介護職員基礎研修課程修了者、1級課程修了者、介護職員初任者研修修了者（2級課程修了者を含む。）、看護職員、機能訓練指導員、又は当該事業所における勤続年数と同一法人の経営する他の介護サービス事業所、医療機関、社会福祉施設等においてサービスを利用者に直接提供する職員としての勤続年数の合計が3年以上の介護職員である	<input type="checkbox"/> 該当	該当する職員であることを示す書面
入浴介助加算（Ⅰ）	①～②いずれにも適合	<input type="checkbox"/> 適合	
	①入浴介助を適切に行うことのできる人員及び設備を有している。	<input type="checkbox"/> 該当	○勤務表
	②入浴介助に関わる職員に対し、入浴介助に関する研修等を行う。	<input type="checkbox"/> 該当	○研修の実施記録
入浴介助加算（Ⅱ） ※いずれにも適合	①～⑥いずれにも適合	<input type="checkbox"/> 適合	
	①入浴介助を適切に行うことのできる人員及び設備を有している。	<input type="checkbox"/> 該当	○勤務表
	②入浴介助に関わる職員に対し、入浴介助に関する研修等を行う。	<input type="checkbox"/> 該当	○研修の実施記録
	③医師、理学療法士、作業療法士、介護福祉士若しくは介護支援専門員又は利用者の動作及び浴室の環境の評価を行うことができる福祉用具専門相談員、機能訓練指導員、地域包括支援センターの職員その他住宅改修に関する専門的知識及び経験を有する者が利用者の居宅を訪問し、利用者の状態を踏まえ、浴室における利用者の動作と浴室環境を評価している。	<input type="checkbox"/> 該当	○評価の記録
	④当該利用者の居宅を訪問し評価した者が、入浴に係る適切な介護技術に基づいて、利用者の動作を踏まえ、利用者自身で又は家族・訪問介護員等の介助により入浴を行うことが難しいと判断した場合は、指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員又は指定福祉用具貸与事業所若しくは指定特定福祉用具販売事業所の福祉用具専門相談員と連携し、利用者及び当該利用者を担当する介護支援専門員等に対し、福祉用具の貸与若しくは購入又は住宅改修等の浴室の環境整備に係る助言を行っている。	<input type="checkbox"/> 該当	
⑤指定通所介護事業所の機能訓練指導員等（機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者）が共同し、利用者の居宅を訪問し評価した者との連携の下で、利用者の身体状況や訪問で把握した利用者の居宅の浴室の環境等を踏まえた個別の入浴計画を作成している。	<input type="checkbox"/> 該当	○個別入浴計画	
中重度者ケア体制加算	①～③いずれにも適合	<input type="checkbox"/> 適合	
	①指定居宅サービス等基準第93条第1項第2号又は第3号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以上確保している。	<input type="checkbox"/> 該当	○勤務表
	②指定通所介護事業所における前年度又は算定日が属する月の前3月間の利用者の総数のうち、要介護状態区分が要介護3、要介護4又は要介護5である者の占める割合が100分の30以上である。	<input type="checkbox"/> 該当	○利用者の割合に関する計算書（中重度者ケア体制加算）届出書等100分の30以上を示す書面
	③指定通所介護を行う時間帯を通じて専ら当該指定通所介護の提供に当たる看護職員を1名以上配置している。	<input type="checkbox"/> 該当	○勤務表
	共生型通所介護費を算定していない。	<input type="checkbox"/> 該当	

点検項目	点検事項	点検結果	確認する書類等
生活機能向上連携加算 (I)	①～③いずれにも適合	<input type="checkbox"/> 適合	○個別機能訓練計画
	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（※）（以下「指定訪問リハビリテーション等」という。）の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は医師（当加算において「理学療法士等」という。）の助言に基づき、当該通所介護事業所の機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者（当加算において「機能訓練指導員等」という。）が共同してアセスメント、利用者の身体の状態等の評価及び個別機能訓練計画の作成を行っている。 （※ 病院にあっては、許可病床数が200床未満のもの又は当該病院を中心とした半径4キロメートル以内に診療所が存在しないものに限る。）	<input type="checkbox"/> 該当	○個別機能訓練計画
	②個別機能訓練計画に基づき、利用者の身体機能又は生活機能の向上を目的とする機能訓練の項目を準備し、機能訓練指導員等が利用者の心身の状態に応じて計画的に機能訓練を適切に提供している。	<input type="checkbox"/> 該当	
	③理学療法士等は、機能訓練指導員等と共同で、3月ごとに1回以上、個別機能訓練の進捗状況等について評価した上で、機能訓練指導員等が利用者又はその家族に対して個別機能訓練計画の内容（評価を含む。）や進捗状況等を説明している。	<input type="checkbox"/> 該当	○評価の記録
	個別機能訓練加算の算定はしていない。	<input type="checkbox"/> 該当	
生活機能向上連携加算 (II)	①～③いずれにも適合	<input type="checkbox"/> 適合	
	①指定訪問リハビリテーション事業所等の理学療法士等が、当該指定通所介護事業所を訪問し、当該事業所の機能訓練指導員等と共同して、利用者の身体の状態等の評価及び個別機能訓練計画の作成を行っている。	<input type="checkbox"/> 該当	○個別機能訓練計画
	②個別機能訓練計画に基づき、利用者の身体機能又は生活機能の向上を目的とする機能訓練の項目を準備し、機能訓練指導員等が利用者の心身の状態に応じて計画的に機能訓練を適切に提供している。	<input type="checkbox"/> 該当	
	③理学療法士等は、3月ごとに1回以上指定通所介護事業所を訪問し、機能訓練指導員等と共同で個別機能訓練の進捗状況等について評価した上で、機能訓練指導員等が、利用者又はその家族に対して個別機能訓練計画の内容（評価を含む。）や進捗状況等を説明し記録するとともに、必要に応じて訓練内容の見直し等を行っている。	<input type="checkbox"/> 該当	
	個別機能訓練加算の算定はしていない。算定している場合は、100単位を算定しているか。	<input type="checkbox"/> 該当	

点検項目	点検事項	点検結果	確認する書類等
個別機能訓練加算（Ⅰ） イ	①～⑥いずれにも適合	<input type="checkbox"/> 適合	
	①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（※）（当加算において「理学療法士等」という。）を1名以上配置している。 （※ はり師又はきゅう師については、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師の資格を有する機能訓練指導員を配置した事業所で6月以上機能訓練指導に従事した経験を有する者に限る。）	<input type="checkbox"/> 該当	○勤務表 ○資格者証
	②個別機能訓練を行うにあたっては、機能訓練指導員等が共同して、利用者ごとにその目標、目標を踏まえた訓練項目、訓練実施時間、訓練実施回数等を内容とする個別機能訓練計画を作成している。	<input type="checkbox"/> 該当	○個別機能訓練計画書
	③個別機能訓練項目の設定にあたっては、利用者の生活機能の向上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、利用者の生活意欲の向上に繋がるよう利用者を援助し、利用者の選択に基づき、心身の状況に応じた機能訓練を適切に行っている。	<input type="checkbox"/> 該当	
	④個別機能訓練を開始した後に、3月ごとに1回以上、利用者の居宅を訪問し、利用者の居宅での生活状況（起居動作、ADL、IADL等の状況）の確認を行い、利用者又はその家族に対して個別機能訓練の実施状況や個別機能訓練の効果等について説明・記録している。	<input type="checkbox"/> 該当	○個別機能訓練の実施状況や個別機能訓練の効果等について説明・記録
	⑤個別機能訓練を開始した後に、概ね3月ごと1回以上、個別機能訓練の実施状況や個別機能訓練の効果等について、当該利用者を担当する介護支援専門員等にも適宜報告・相談し、利用者等の意向を確認の上、当該利用者に対する個別機能訓練の効果（例えば当該利用者のADL及びIADLの改善状況）等をふまえた個別機能訓練の目標の見直しや訓練項目の変更など、適切な対応を行っている。	<input type="checkbox"/> 該当	○個別機能訓練計画書
	⑥定員超過利用・人員基準欠如に該当していない	<input type="checkbox"/> 該当	
個別機能訓練加算（Ⅰ） ロ	①～⑥いずれにも適合	<input type="checkbox"/> 適合	
	①専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等を1名以上配置することに加えて、専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等を1名以上配置している。	<input type="checkbox"/> 該当	○勤務表
	②個別機能訓練を行うにあたっては、機能訓練指導員等が共同して、利用者ごとにその目標、目標を踏まえた訓練項目、訓練実施時間、訓練実施回数等を内容とする個別機能訓練計画を作成している。	<input type="checkbox"/> 該当	○個別機能訓練計画書
	③個別機能訓練項目の設定にあたっては、利用者の生活機能の向上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、利用者の生活意欲の向上に繋がるよう利用者を援助し、利用者の選択に基づき、心身の状況に応じた機能訓練を適切に行っている。	<input type="checkbox"/> 該当	
	④個別機能訓練を開始した後に、3月ごとに1回以上、利用者の居宅を訪問し、利用者の居宅での生活状況（起居動作、ADL、IADL等の状況）の確認を行い、利用者又はその家族に対して個別機能訓練の実施状況や個別機能訓練の効果等について説明・記録している。	<input type="checkbox"/> 該当	
	⑤個別機能訓練を開始した後に、概ね3月ごと1回以上、個別機能訓練の実施状況や個別機能訓練の効果等について、当該利用者を担当する介護支援専門員等にも適宜報告・相談し、利用者等の意向を確認の上、当該利用者に対する個別機能訓練の効果（例えば当該利用者のADL及びIADLの改善状況）等をふまえた個別機能訓練の目標の見直しや訓練項目の変更など、適切な対応を行っている。	<input type="checkbox"/> 該当	
	⑥定員超過利用・人員基準欠如に該当していない	<input type="checkbox"/> 該当	
個別機能訓練加算（Ⅰ）イを算定している場合は算定不可	<input type="checkbox"/> 該当		
個別機能訓練加算（Ⅱ）	①～②いずれにも適合	<input type="checkbox"/> 適合	
	①個別機能訓練加算（Ⅰ）イ又はロの基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	○個別機能訓練計画書
	②個別機能訓練計画書の内容等の情報を厚生労働省（LIFE）に提出し、機能訓練の実施に当たって、当該情報その他機能訓練の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用	<input type="checkbox"/> 該当	

点検項目	点検事項	点検結果	確認する書類等
ADL維持等加算（Ⅰ）	①～③いずれにも適合	<input type="checkbox"/> 適合	
	①評価対象者（当該通所介護事業所の利用期間（評価対象利用期間）が6月を超える者）の総数が10人以上	<input type="checkbox"/> 該当	○評価対象者の利用期間が分かるもの
	②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	
	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定した値の平均値が1以上	<input type="checkbox"/> 該当	○該当の根拠を示す資料
ADL維持等加算（Ⅱ）	①～③いずれにも適合	<input type="checkbox"/> 適合	
	①評価対象者（当該通所介護事業所の利用期間（評価対象利用期間）が6月を超える者）の総数が10人以上	<input type="checkbox"/> 該当	○評価対象者の利用期間が分かるもの
	②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"/> 実施	
	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定した値の平均値が3以上	<input type="checkbox"/> 該当	○該当の根拠を示す資料
認知症加算 ※共生型居宅サービスの算定をしている場合は算定しない	①～④いずれにも適合	<input type="checkbox"/> 適合	
	①指定居宅サービス等基準第93条第1項第2号又は第3号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以上確保している。	<input type="checkbox"/> 該当	○勤務表
	②指定通所介護事業所における前年度又は算定日が属する月の前3月間の利用者の総数のうち、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（日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はⅤに該当する者）の占める割合が100分の15以上である。	<input type="checkbox"/> 該当	○利用者の割合に関する計算書（認知症加算）届出書等100分の15以上であることの根拠資料
	③指定通所介護を行う時間帯を通じて、専ら当該指定通所介護の提供に当たる認知症介護の指導に係る専門的な研修、認知症介護に係る専門的な研修又は認知症介護に係る実践的な研修等を修了した者（認知症介護指導者養成研修、認知症看護に係る適切な研修、認知症介護実践リーダー研修、認知症介護実践者研修の修了者）を1名以上配置している。	<input type="checkbox"/> 該当	○勤務表 ○研修等修了証書
④事業所の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"/> 該当	○会議記録	
若年性認知症利用者受入加算	受け入れた若年性認知症利用者（初老期における認知症によって要介護者となった者）ごとに個別に担当者を定めている。	<input type="checkbox"/> 該当	○利用者ごとの担当者一覧等
	担当者を中心に、当該利用者の特性やニーズに応じたサービス提供を行っている。	<input type="checkbox"/> 該当	○サービス提供記録
栄養アセスメント加算	①～④いずれにも適合	<input type="checkbox"/> 適合	
	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	<input type="checkbox"/> 配置	○勤務表
	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員が共同で栄養アセスメントを実施し（3月に1回以上）、利用者又は家族に対し説明し、相談等に必要に応じ対応すること。（利用者の体重については、1月毎に測定すること。）	<input type="checkbox"/> 実施	
	③利用者ごとの栄養状態等の情報を厚生労働省（LIFE）に提出し、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	<input type="checkbox"/> 該当	
	④定員超過利用・人員基準欠如に該当していない	<input type="checkbox"/> 該当	

点検項目	点検事項	点検結果	確認する書類等
栄養改善加算	①～⑥いずれにも適合	<input type="checkbox"/> 適合	
	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	<input type="checkbox"/> 該当	
	②利用者の栄養状態を利用開始時に把握し、管理栄養士等（看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者）が共同して、利用者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態に配慮した栄養ケア計画の作成している	<input type="checkbox"/> 該当	○栄養ケア計画
	③利用者等に対する計画の説明及び同意 ＜加算の算定ができる利用者＞ イ BMIが18.5未満 ロ 1～6月間で3%以上の体重の減少 ハ 血清アルブミン値が3.5g/dl以下 ニ 食事摂取量が不良(75%以下) ホ その他低栄養状態及びその恐れ有	<input type="checkbox"/> あり	
	④利用者ごとの栄養ケア計画に従い、必要に応じて居宅を訪問し、管理栄養士等による栄養改善サービスの提供と栄養状態等の定期的に記録している	<input type="checkbox"/> 該当	○栄養ケア提供経過記録
	⑤利用者ごとの栄養ケア計画の進捗状況を定期的に（おおむね3月ごとに体重を測定する等）評価をし、介護支援専門員や主治の医師に対する情報提供する。	<input type="checkbox"/> 該当	○栄養ケアモニタリング
	⑥定員超過利用・人員基準欠如に該当していない	<input type="checkbox"/> 該当	
口腔・栄養スクリーニング加算（I）	①～⑤いずれにも適合	<input type="checkbox"/> 適合	
	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し、情報を担当の介護支援専門員に提供している	<input type="checkbox"/> 該当	○提供したことの分かる書面
	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し、情報を担当の介護支援専門員に提供している	<input type="checkbox"/> 該当	○提供したことの分かる書面
	③定員超過利用・人員基準欠如に該当していない	<input type="checkbox"/> 該当	
	④算定日が属する月が次のいずれにも該当しない ア 栄養アセスメント加算を算定している間である又は当該利用者が栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間である若しくは当該栄養改善サービスが終了した日の属する月（栄養状態のスクリーニングを行った結果、栄養改善サービスが必要であると判断され、栄養改善サービスが開始された日の属する月を除く。）である	<input type="checkbox"/> 非該当	該当の場合は加算不可
	イ 口腔機能向上加算の算定に係る口腔機能向上サービスを受けている間である又は当該口腔機能向上サービスが終了した日の属する月（口腔の健康状態のスクリーニングを行った結果、口腔機能向上サービスが必要であると判断され、口腔機能向上サービスが開始された日の属する月を除く。）である	<input type="checkbox"/> 非該当	
	⑤他の介護サービス事業所において、当該利用者について、口腔連携強化加算を算定していない	<input type="checkbox"/> 該当	

点検項目	点検事項	点検結果	確認する書類等
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	(1)又は(2)に該当	<input type="checkbox"/> 適合	
	(1) 次のいずれにも適合すること ① ア利用開始時および利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態について確認し情報を担当の介護支援専門員に提供している イ定員超過利用・人員基準欠如に該当していない	<input type="checkbox"/> 該当	
	② 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間である又は当該利用者が栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間である若しくは当該栄養改善サービスが終了した日の属する月(栄養状態のスクリーニングを行った結果、栄養改善サービスが必要であると判断され、栄養改善サービスが開始された日の属する月を除く。)である	<input type="checkbox"/> 該当	
	③ 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	<input type="checkbox"/> 該当	
	(2) 次のいずれにも適合すること ① ア利用開始時および利用中6月ごとに利用者の栄養状態について確認し情報を担当の介護支援専門員に提供している イ定員超過利用・人員基準欠如に該当していない	<input type="checkbox"/> 該当	
	② 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。	<input type="checkbox"/> 該当	
	③ 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	<input type="checkbox"/> 該当	
④ 他の介護サービス事業所において、当該利用者について、口腔連携強化加算を算定していない	<input type="checkbox"/> 該当		
口腔機能向上加算(Ⅰ)	①～⑦いずれにも適合	<input type="checkbox"/> 適合	
	①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"/> 該当	勤務表
	②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の作成	<input type="checkbox"/> 該当	口腔機能改善管理指導計画・管理指導計画
	③口腔機能改善管理指導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、利用者の口腔機能の定期的な記録	<input type="checkbox"/> あり	口腔機能改善管理指導計画・管理指導計画
	④利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画の進捗状況(口腔機能の状態)をおおむね3月ごと定期的に評価を行い、介護支援専門員、主治の医師・歯科医師への情報提供	<input type="checkbox"/> 該当	口腔機能向上サービスのモニタリング
	⑤定員超過利用・人員基準欠如に該当していない	<input type="checkbox"/> 該当	
	⑥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」を行っている	<input type="checkbox"/> 該当	
月の算定回数2回以下	<input type="checkbox"/> 該当		
口腔機能向上加算(Ⅱ)	①～⑦いずれにも適合	<input type="checkbox"/> 適合	
	①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"/> 該当	
	②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の作成	<input type="checkbox"/> 該当	口腔機能改善管理指導計画・管理指導計画
	③口腔機能改善管理指導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、利用者の口腔機能の定期的な記録	<input type="checkbox"/> あり	口腔機能改善管理指導計画・管理指導計画
	④利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画の進捗状況(口腔機能の状態)をおおむね3月ごと定期的に評価を行い、介護支援専門員、主治の医師・歯科医師への情報提供	<input type="checkbox"/> 該当	口腔機能向上サービスのモニタリング
	⑤定員超過利用・人員基準欠如に該当していない	<input type="checkbox"/> 該当	
	月の算定回数2回以下	<input type="checkbox"/> 該当	

点検項目	点検事項	点検結果	確認する書類等
科学的介護推進体制加算	①～②いずれにも適合	<input type="checkbox"/> 適合	
	①利用者ごとのADL値（ADLの評価に基づき測定し値）、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（LIFE）に提出している	<input type="checkbox"/> 実施	
	②必要に応じて通所介護計画を見直すなど、指定通所介護の提供に当たって、厚生労働省に提出する情報その他指定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	<input type="checkbox"/> 実施	
同一建物減算	指定通所介護事業所と同一建物に居住する者又は指定通所介護事業所と同一建物から当該指定通所介護事業所に通う者に対し指定通所介護を行った場合（傷病により一時的に送迎が必要であると認められる利用者その他やむを得ない事情により送迎が必要と認められる利用者に対して送迎を行った場合を除く。）	<input type="checkbox"/> 該当	
送迎減算	指定通所介護事業所の従業者が、利用者に対し、その居宅と指定通所介護事業所との間の送迎を行わない場合	<input type="checkbox"/> 該当	サービス提供表、送迎記録簿等
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	1、2、3いずれにも適合	<input type="checkbox"/> 適合	
	1 次の①又は②に該当	<input type="checkbox"/> 該当	
	①介護職員の総数のうち介護福祉士の割合が100分の70以上	<input type="checkbox"/> 該当	介護福祉士の割合を示す資料サービス提供体制強化加算用従業者常勤換算一覧表等
	②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割合が100分の25以上	<input type="checkbox"/> 該当	勤続年数が分かる資料
	2 定員超過利用・人員基準欠如に該当していない	<input type="checkbox"/> 該当	
3 サービス提供体制強化加算（Ⅱ）及び（Ⅲ）を算定していない	<input type="checkbox"/> 該当		
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	1、2、3いずれにも適合	<input type="checkbox"/> 適合	
	1 介護職員の総数のうち介護福祉士の割合が100分の50以上	<input type="checkbox"/> 該当	介護福祉士の割合を示す資料サービス提供体制強化加算用従業者常勤換算一覧表等
	2 定員超過利用・人員基準欠如に該当していない	<input type="checkbox"/> 該当	
	3 サービス提供体制強化加算（Ⅰ）及び（Ⅲ）を算定していない	<input type="checkbox"/> 該当	
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	1、2、3いずれにも適合	<input type="checkbox"/> 該当	
	1 次の①又は②に該当	<input type="checkbox"/> 該当	
	①介護職員の総数のうち介護福祉士の割合が100分の40以上	<input type="checkbox"/> 該当	介護福祉士の割合を示す資料サービス提供体制強化加算用従業者常勤換算一覧表等
	②直接提供する職員の総数のうち勤続年数7年以上の者の割合が100分の30以上	<input type="checkbox"/> 該当	勤続年数が分かる資料
	2 定員超過利用・人員基準欠如に該当していない	<input type="checkbox"/> 該当	
	3 サービス提供体制強化加算（Ⅰ）及び（Ⅱ）を算定していない	<input type="checkbox"/> 該当	

◎ 対象事業 (介護予防)訪問看護、(介護予防)訪問リハビリテーションを除く

加算要件	要件項目	加算Ⅰ	加算Ⅱ	加算Ⅲ	加算Ⅳ	点検結果			
						適	不適	該当なし	
賃金改善要件	基本給、手当、賞与等のうち対象項目を特定。賃金水準を低下させていないか。	○	○	○	○	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	ただし、特別事情届を提出した場合を除く。(→特別事情届出に記載する項目は全て満たしているか。)	<input type="checkbox"/> 介護事業に係る利用者数の大幅な減少等により経営が悪化し収支が赤字である又は資金繰りに支障があることを示す。					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> 介護職員等の賃金水準の引き下げの内容					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> 法人の経営及び介護職員等の賃金水準の改善見込み					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> 介護職員等の賃金引下げについて適切に労使の合意を得ていることを示す資料(合意の時期、方法等)					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
① 月額賃金改善要件Ⅰ	処遇改善加算Ⅳの1/2以上の月額改善	○	○	○	○	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
② キャリアパス要件Ⅰ	任用要件・賃金体系の整備等	○	○	○	○	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
③ キャリアパス要件Ⅱ	研修の実施等	○	○	○	○	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
④ キャリアパス要件Ⅲ	昇給の仕組みの整備等	○	○	○	—	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
⑤ キャリアパス要件Ⅳ	改善後の賃金要件(440万円1人以上)	○	○	—	—	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
⑥ キャリアパス要件Ⅴ	介護福祉士等の配置要件	○	—	—	—	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
⑦ 職場環境要件	区分ごとに1以上の取組(生産性向上は2以上)	—	—	○	○	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	区分ごとに2以上の取組(生産性向上は3以上)	○	○	—	—	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	HP掲載等を通じた見える化(取組内容の具体的記載)	○	○	—	—	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

介護職員等処遇改善加算算定要件整理表(表2-2)

適用は令和8年6月から

◎ 対象事業 (介護予防)訪問看護、(介護予防)訪問リハビリテーションを除く

加算要件	要件項目	加算 Iイ	加算 Iロ	加算 IIイ	加算 IIロ	加算III	加算IV	点検結果			
								適	不適	該当なし	
賃金改善要件	基本給、手当、賞与等のうち対象項目を特定し、賃金水準を低下させていないか。	○	○	○	○	○	○	□	□	□	
	ただし、特別事情届を提出した場合を除く→特別事情届に記載する項目は全て満たしているか。	介護事業に係る利用者数の大幅な減少等により経営が悪化し収支が赤字である又は資金繰りに支障があることを示す						□	□	□	
		介護職員等の賃金水準の引き下げの内容						□	□	□	
		法人の経営及び介護職員等の賃金水準の改善の見込み						□	□	□	
		介護職員等の賃金引下げについて適切に労使の合意を得ていることを示す資料(合意の時期、方法等)						□	□	□	
①	月額賃金改善要件	処遇改善加算IVの1/2以上の月額改善	○	○	○	○	○	○	□	□	□
②	キャリアパス要件I	任用要件・賃金体系の整備等	○	○	○	○	○	○	□	□	□
③	キャリアパス要件II	研修の実施等	○	○	○	○	○	○	□	□	□
④	キャリアパス要件III	昇給の仕組みの整備等	○	○	○	○	○	-	□	□	□
⑤	キャリアパス要件IV	改善後の賃金要件(440万円1人以上)	○	○	○	○	-	-	□	□	□
⑥	キャリアパス要件V	介護福祉士等の配置要件	○	○	-	-	-	-	□	□	□
⑦	職場環境要件	区分ごとに1以上の取組(生産性向上は2以上)	-	-	-	-	○	○	□	□	□
		区分ごとに2以上の取組(生産性向上は3以上)	○	○	○	○	-	-	□	□	□
		HP掲載等を通じた見える化(取組内容の具体的記載)	○	○	○	○	-	-	□	□	□
⑧	令和8年度特例要件	生産性向上や協働化に係る取組	-	○	-	○	-	-	□	□	□

介護職員等処遇改善加算算定要件整理表(表2-3)

◎ 対象事業 (介護予防)訪問看護・(介護予防)訪問リハビリテーション

加算要件	要件項目	処遇改善加算IVに準ずる要件	点検結果								
			適	不適	該当なし						
賃金改善要件	基本給、手当、賞与等のうち対象項目を特定し、賃金水準を低下させていないか。	○	○	○	○	○	□	□	□		
	ただし、特別事情届を提出した場合を除く→特別事情届に記載する項目は全て満たしているか。	介護事業に係る利用者数の大幅な減少等により経営が悪化し収支が赤字である又は資金繰りに支障があることを示す						□	□	□	
		介護職員等の賃金水準の引き下げの内容						□	□	□	
		法人の経営及び介護職員等の賃金水準の改善の見込み						□	□	□	
		介護職員等の賃金引下げについて適切に労使の合意を得ていることを示す資料(合意の時期、方法等)						□	□	□	
(i)	キャリアパス要件I	任用要件・賃金体系の整備等	※(i)から(iii)をすべて満たすこと又は⑧を満たすこと						□	□	□
(ii)	キャリアパス要件II	研修の実施等							□	□	□
(iii)	職場環境要件	区分ごとに1以上の取組(生産性向上は2以上)							□	□	□
⑧	令和8年度特例要件	生産性向上や協働化に係る取組	□	□	□	□	□	□			