

認知症対応型通所介護費

※請求した介護給付費について、点検結果にチェックをしてください。

点検項目	点検結果			
	請求実績有		請求実績無	
	満たす	満たさない		
1. 基本報酬				
認知症対応型通所介護の基本報酬	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. 定員超過利用による減算	所定単位数の100分の70を算定			
認知症対応型通所介護の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る。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. 人員基準欠如による減算	所定単位数の100分の70を算定			
指定基準に定める員数の看護職員または介護職員を置いていない。 (自己点検表の「Ⅱ人員に関する基準」参照。)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. 2時間以上3時間未満の認知症対応型通所介護	4時間以上5時間未満の所定単位数の100分の63を算定			
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、所要時間2時間以上3時間未満のサービス提供を行っている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. 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た場合の加算	1回につき所定単位数の100分の3を加算			
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以上減少している場合に、利用者数が減少した月の翌々月から3か月以内に限り、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する。ただし、利用者数の減少に対応するための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る場合は、当該加算の期間が終了した月の翌月から3か月以内に限り、引き続き加算することができる。 利用者減の翌月に届出、翌々月から適用。利用者数の実績が前年度平均等に戻った場合はその翌月に届出、翌々月まで。 利用者減に対応するための経営改善に時間を要するその他の特別な事情があると認められる場合は一回の延長を認める。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. 8～9時間の前後に行う日常生活上の世話				
8時間以上9時間未満のサービス提供の前後に連続して延長サービスを実施している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9時間以上10時間未満:50単位	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10時間以上11時間未満:100単位	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11時間以上12時間未満:150単位	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12時間以上13時間未満:200単位	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

認知症対応型通所介護費

※請求した介護給付費について、点検結果にチェックをしてください。

点検項目	点検結果		
	請求実績有		請求 実績無
点検事項	満たす	満たさ ない	
13時間以上14時間未満:250単位	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 入浴介助加算(Ⅰ)	1日につき40単位を加算 ※(Ⅰ)と(Ⅱ)は併算定不可		
(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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)認知症対応型通所介護計画上の位置付けがある。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3)入浴介助の実施がされている。 ※直接接触する介助ではなく、転倒予防の声かけ、気分の確認などを行った場合も対象。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7-2. 入浴介助加算(Ⅱ)	1日につき55単位を加算 ※(Ⅰ)と(Ⅱ)は併算定不可		
(1)医師等が利用者の利用者の居宅を訪問し、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こと。この際、当該居宅の浴室が、当該利用者自身又は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場合は、訪問した医師等が、介護支援専門員・福祉用具専門相談員と連携し、福祉用具の貸与・購入・住宅改修等の浴室の環境整備に係る助言を行うこと。 ※医師等(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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

認知症対応型通所介護費

※請求した介護給付費について、点検結果にチェックをしてください。

点検項目	点検結果		
	請求実績有		請求実績無
	満たす	満たさない	
(2)当該事業所の機能訓練指導員等が共同して、利用者の居宅を訪問した医師等と連携の下で、当該利用者の身体の状態や訪問により把握した当該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こと。 ※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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3)上記(2)の入浴計画に基づき、個浴その他の利用者の居宅の状況に近い環境で、入浴介助を行っていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4)入浴介助加算(Ⅰ)(1)～(3)に該当すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 生活機能向上連携加算(Ⅰ)	1月につき100単位を加算 ※3月に1回を限度		
(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施設(病院にあっては、病床数が200床未満のもの又は当該病院を中心とした半径4キロメートル以内に診療所が存在しないものに限る。)の理学療法士等の助言に基づき、当該事業所の機能訓練指導員等が共同して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行っていること。 ※理学療法士等⇒理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は医師	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(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況に応じた機能訓練を適切に提供していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3)(1)の評価に基づき、個別機能訓練計画の進捗状況等を三月ごとに一回以上評価し、利用者又はその家族に対し、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行っていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4)各月における評価内容や目標の達成度合いについて、機能訓練指導員等が、利用者又はその家族及び理学療法士に報告・相談し、理学療法士等から必要な助言を得た上で、見直しや訓練内容の変更など適切な対応を行うこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5)機能訓練に関する記録(実施時間・訓練内容・担当者等)は、利用者ごとに保管され、常に当該事業所の機能訓練指導員により閲覧が可能であるようにすること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(6)生活機能向上連携加算(Ⅱ)を算定していないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(7)個別機能訓練加算を算定している場合は、生活機能向上連携加算(Ⅰ)は算定しない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

認知症対応型通所介護費

※請求した介護給付費について、点検結果にチェックをしてください。

点検項目	点検結果		
	請求実績有		請求実績無
点検事項	満たす	満たさない	
9. 生活機能向上連携加算(Ⅱ)	1月につき200単位を加算 ※個別機能訓練加算を算定している場合は1月につき100単位を加算		
(1)訪問リハビリテーション事業所、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が当該事業所を訪問し、当該事業所の機能訓練指導員等が共同して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行っていること。 ※理学療法士等⇒理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は医師	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(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況に応じた機能訓練を適切に提供していること。 ※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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3)(1)の評価に基づき、個別機能訓練計画の進捗状況等を三月ごとに一回以上評価し、利用者又はその家族に対し、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行っていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4)各月における評価内容や目標の達成度合いについて、機能訓練指導員等が、利用者又はその家族及び理学療法士等に報告・相談し、理学療法士等から必要な助言を得た上で、目標の見直しや訓練内容の変更など適切な対応を行うこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5)機能訓練に関する記録(実施時間・訓練内容・担当者等)は、利用者ごとに保管され、常に当該事業所の機能訓練指導員等により閲覧が可能であるようにすること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(6)生活機能向上連携加算(Ⅰ)を算定していないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(7)個別機能訓練加算を算定している場合は、1月につき100単位を所定単位数に加算する。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 個別機能訓練加算(Ⅰ)	1日につき27単位を所定単位数に加算		
(1)サービス提供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又は一定の実務経験を有するはり師、きゅう師(以下「理学療法士等」)を1名以上配置していること。 ※一定の実務経験を有するはり師、きゅう師 ⇒ 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月以上勤務し、機能訓練指導に従事した経験を有する者。 ※看護職員が機能訓練の職務に従事する場合は、当該職務の時間は看護職員としての人員基準の算定に含めない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

認知症対応型通所介護費

※請求した介護給付費について、点検結果にチェックをしてください。

点検項目	点検結果			
	請求実績有		請求 実績無	
点検事項	満たす	満たさない		
(2)専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等を1日120分以上かつ1名以上配置していること。 ※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必要がある。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(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(以下「機能訓練指導員等」)が共同して、利用者ごとにその目標、実施方法等を内容とする個別機能訓練計画を作成し、当該計画に基づき、計画的に機能訓練を行っている。 ※個別機能訓練計画に相当する内容を認知症対応型通所介護計画の中に記載する場合は、その記載をもって個別機能訓練計画の作成に代えることができるものとする。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(4)(3)に基づいて行った個別機能訓練の効果、実施方法等に対する評価等を行っていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(5)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こと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(6)記録(実施時間、訓練内容、担当者等)は、利用者ごとに保管され、常に当該事業所の個別訓練の従事者により閲覧が可能であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10-2. 個別機能訓練加算について(Ⅱ)	1日につき20単位を所定単位数に加算			
(1)個別機能訓練加算(Ⅰ)を算定していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2)個別機能訓練計画の内容等の情報を厚生労働省に提出し、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していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. ADL維持等加算(Ⅰ)(Ⅱ)共通				
以下の基準に適合している場合、評価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、当該基準の区分に従い、所定の単位数に加算する。 ※令和3年度の評価対象期間は、加算の算定を開始する月の前年の同月から12月後までの1年間とする。ただし、令和3年4月1日までに算定基準に適合しているものとして市町村長に届出を行う場合については、次のいずれかの期間を評価対象期間とすることができる。 a 令和2年4月から令和3年3月までの期間 b 令和2年1月から令和2年12月までの期間	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11-2. ADL維持等加算(Ⅰ)	1月につき30単位を加算			
(1)評価対象者の総数が10人以上であること。 ※評価対象者⇒当該事業所の利用期間が6月を超える者をいう。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

認知症対応型通所介護費

※請求した介護給付費について、点検結果にチェックをしてください。

点検項目	点検結果			請求実績無
	請求実績有		請求実績無	
点検事項	満たす	満たさない		請求実績無
(2) 評価対象者全員について、評価対象利用期間の初月(「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月目にサービスの利用がない場合については当該サービスの利用があった最終の月))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に当該測定を提出していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(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(「ADL利得」)の平均値が1以上であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(4) ADL維持等加算(Ⅱ)を算定していないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11-3. ADL維持等加算(Ⅱ)	1月につき60単位を加算			
(1) ADL維持等加算加算(Ⅰ)の要件(1)及び(2)を満たしていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(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"/>	
(3) ADL維持等加算(Ⅰ)を算定していないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. 若年性認知症利用者受入加算	1日につき60単位を所定単位数に加算			
(1) 受け入れた若年性認知症利用者ごとに個別に担当者を定めていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2) 担当者を中心に、若年性認知症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こと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. 栄養アセスメント加算	1月につき50単位を所定単位数に加算			
(1) 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(利用者ごとの低栄養状態のリスク及び解決すべき課題を把握することをいう。)を行っていること。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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2) 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(3) 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その結果を説明し、相談等に必要に応じ対応していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(4) 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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

認知症対応型通所介護費

※請求した介護給付費について、点検結果にチェックをしてください。

点検項目	点検結果		
	請求実績有 満たす	請求実績有 満たさない	請求実績無
(5)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"/>
14. 栄養改善加算	1回につき200単位を所定単位数に加算		
(1)低栄養状態又はそのおそれがある利用者に対して、その改善等を目的として、個別的に栄養改善サービスの提供を行っていること。 ※6月ごとに確認する事項(イ. BMIが18.5未満である者 ロ. 1～6月間で3%以上の体重の減少が認められる者又は6か月間で2～3kg以上の体重減少が認められる者 ハ. 血清アルブミン値が3.5g/dl以下である者 ニ. 食事摂取量が75%以下で不良である者)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)3月以内の期間に限り1月に2回を限度として算定していること。ただし、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、引き続き算定していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3)当該事業所の職員として、又は外部(他の介護事業所・医療機関・栄養ケア・ステーション)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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4)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(以下、管理栄養士等)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していること。 ※栄養ケア計画に相当する内容を認知症対応型通所介護計画の中に記載する場合は、その記載をもって栄養ケア計画の作成に代えることができるものとする。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5)(4)で作成した計画について、利用者又はその家族に説明し同意を得ていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(6)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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(7)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。 ※おおむね3か月ごとに体重を測定する等により、栄養状態の評価を行う。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(8)(7)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こと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(9)定員・人員基準に適合している。 (定員超過利用・人員基準欠如に該当していない。)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)(Ⅱ)共通			
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できないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

認知症対応型通所介護費

※請求した介護給付費について、点検結果にチェックをしてください。

点検項目	点検結果		
	請求実績有		請求実績無
	満たす	満たさない	
15-2. 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	1回につき20単位を加算		
(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(当該利用者の口腔の健康状態が低下しているおそれのある場合にあつては、その改善に必要な情報を含む。)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。 ※6月ごとに確認する事項(イ. 硬いものを避け、柔らかいものを中心に食べる者 ロ. 入れ歯を使っているもの ハ. むせやすい者)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(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(当該利用者が低栄養状態の場合にあつては、低栄養状態の改善に必要な情報を含む。)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。 ※6月ごとに確認する事項(イ. BMIが18.5未満である者 ロ. 1～6月間で3%以上の体重の減少が認められる者又は6か月間で2～3kg以上の体重減少が認められる者 ハ. 血清アルブミン値が3.5g/dl以下である者 ニ. 食事摂取量が75%以下で不良である者)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) 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。 ① 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。 ② 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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4) 定員超過利用・人員基準欠如に該当しないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5) 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ) を算定していないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15-3. 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	1回につき5単位を加算		
次に掲げる(1)1～4又は(2)1～4のいずれかに適合すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(1)-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(当該利用者の口腔の健康状態が低下しているおそれのある場合にあつては、その改善に必要な情報を含む。)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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(1)-2 定員超過利用・人員基準欠如に該当しないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(1)-3 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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

認知症対応型通所介護費

※請求した介護給付費について、点検結果にチェックをしてください。

点検項目	点検結果		
	請求実績有		請求実績無
点検事項	満たす	満たさない	
(1)－4 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ないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)－1 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(当該利用者が低栄養状態の場合にあっては、低栄養状態の改善に必要な情報を含む。)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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)－2 定員超過利用・人員基準欠如に該当しないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)－3 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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)－4 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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3)口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)を算定していないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. 口腔機能向上加算(Ⅰ)(Ⅱ)共通			
(1)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、口腔機能の向上を目的として、個別的に口腔機能向上サービスの提供を行っていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)3月以内の期間に限り1月に2回を限度として算定していること。ただし、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、引き続き算定していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3)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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4)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。 ※口腔機能改善管理指導計画に相当する内容を認知症対応型通所介護計画の中に記載する場合は、その記載をもって口腔機能改善管理指導計画の作成に代えることが出来るものとする。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5)(4)で作成した計画について、利用者又はその家族に説明し同意を得ていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(6)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等が口腔機能向上サービスを行い、利用者の口腔機能を定期的に記録していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

認知症対応型通所介護費

※請求した介護給付費について、点検結果にチェックをしてください。

点検項目	点検結果		
	請求実績有		請求実績無
点検事項	満たす	満たさない	
(7)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していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(8)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か月ごとに口腔機能の状態の評価を行っていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(9)(8)の結果を担当介護支援専門員や利用者の主治の医師、主治の歯科医師に対して情報提供している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(10)定員・人員基準に適合している。 (定員超過利用・人員基準欠如に該当していない。)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16-2. 口腔機能向上加算(Ⅰ)	1回につき150単位を加算(3月以内の期間に限り1月に2回を限度)		
(1)口腔機能向上加算(Ⅱ)を算定していないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16-3. 口腔機能向上加算(Ⅱ)	1回につき160単位を加算(3月以内の期間に限り1月に2回を限度)		
(1)利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画等の内容等の情報を厚生労働省に提出し、口腔機能向上サービスの実施の当たって、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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)口腔機能向上加算(Ⅰ)を算定していないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. 科学的介護推進体制加算	1月につき40単位を所定単位数に加算		
(1)利用者ごとのADL値(ADLの評価に基づき測定した値をいう。)、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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)必要に応じて介護計画を見直すなど、サービスの提供にあたって、(1)に規程する情報その他サービス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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. 同一建物減算	1日につき94単位を所定単位数から減算		
事業所と同一建物に居住する利用者にサービス提供を行っている。(傷病その他やむを得ない事情により送迎が必要な場合は減算の対象とはならない。)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
※「同一建物」とは、当該事業所と構造上又は外形上、一体的な建築物のこと。 渡り廊下等で繋がっている場合は同一建物だが、同一敷地内にある別棟や道路を挟んで隣接する場合は該当しない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. 送迎を行わない場合の減算	片道につき47単位を所定単位数から減算		
(1)事業者が送迎を実施していない。(利用者が自ら通っている又は家族等が送迎を行っている)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

認知症対応型通所介護費

※請求した介護給付費について、点検結果にチェックをしてください。

点検項目	点検結果			
	請求実績有 満たす	請求実績有 満たさない	請求実績無	
(2)同一建物減算の対象ではない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20. サービス提供体制強化加算(Ⅰ)～(Ⅲ)共通				
(1)定員・人員基準に適合している。 (定員超過利用・人員基準欠如に該当していない。)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2)加算(Ⅰ)(Ⅱ)(Ⅲ)はいずれかの加算のみ算定する。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20-2. サービス提供体制強化加算(Ⅰ)		1回につき22単位を所定単位数に加算		
次のいずれかに適合すること。 ①介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の70以上であること。 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占める割合が100分の25以上であること。 ※職員の割合の算出に当たっては、常勤換算方法により算出した前年度(3月を除く。)の平均を用いること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20-3. サービス提供体制強化加算(Ⅱ)		1回につき18単位を所定単位数に加算		
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。 ※職員の割合の算出に当たっては、常勤換算方法により算出した前年度(3月を除く。)の平均を用いることとする。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20-4. サービス提供体制強化加算(Ⅲ)		1回につき6単位を所定単位数に加算		
次のいずれかに適合すること。 ①介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の40以上である。 ②利用者に直接サービスを提供する職員の総数のうち、勤続年数7年以上の者の占める割合が100分の30以上であること。 ※職員の割合の算出に当たっては、常勤換算方法により算出した前年度(3月を除く。)の平均を用いることとする。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
21. 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)～(Ⅲ)共通				
(1)賃金改善に関する計画の策定、計画に基づく措置がされている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	介護職員処遇改善計画書
(2)改善計画書の作成、周知、届出がされている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	介護職員処遇改善計画書
(3)賃金の改善を実施している。 (介護従業者1人当たり月額: 円)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	賃金改善確認書

認知症対応型通所介護費

※請求した介護給付費について、点検結果にチェックをしてください。

点検項目	点検結果			
	請求実績有 満たす	請求実績有 満たさない	請求実績無	
(4) 処遇改善に関する実績の報告がされている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	実績報告書
(5) 前12月間に法令違反し、罰金以上の刑を受けた事例はない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(6) 労働保険料を適正に納付している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
21-2. 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	1人1月あたりの介護報酬総単位数×1000分の104を加算			
(1) 次の①、②、③のいずれにも適合している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	辞令、雇用通知等研修計画書等
① 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している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
② 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している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
③ 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的に昇給を判定する仕組みを設け、全ての介護職員に周知している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2) 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介護職員に周知している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
21-3. 介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	1人1月あたりの介護報酬総単位数×1000分の76を加算			
(1) 次の①、②のいずれにも適合している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	辞令、雇用通知等研修計画書等
① 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している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
② 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している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2) 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介護職員に周知している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
21-4. 介護職員処遇改善加算(Ⅲ)	1人1月あたりの介護報酬総単位数×1000分の42を加算			
(1) 次の①、②のいずれかに適合している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
① 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している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	辞令、雇用通知等
② 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している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	研修計画書等
(2) 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している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

認知症対応型通所介護費

※請求した介護給付費について、点検結果にチェックをしてください。

点検項目	点検結果			
	請求実績有		請求 実績無	
	満たす	満たさ ない		
22. 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)・(Ⅱ)共通				
(1) 次のa～dに掲げるいずれにも適合し、かつ、賃金改善に要する費用の見込額が当該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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	介護職員等特定処遇改善計画書
a 経験・技能のある介護職員のうち1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、当該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。)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b 経験・技能のある介護職員の賃金改善に関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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c 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はない。)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d 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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2) 改善計画書の作成、周知、届出があること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	介護職員等特定処遇改善計画書
(3) 賃金改善の実施がされていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(4) 処遇改善に関する実績の報告をしていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	実績報告書
(5) 介護職員処遇改善加算の(Ⅰ)から(Ⅲ)までのいずれかを算定していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(6) 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していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(7) (6)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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
22-2. 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)	1人1月あたりの介護報酬総単位数×1000分の31を加算			
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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
22-3. 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)	1人1月あたりの介護報酬総単位数×1000分の24を加算			
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)・(Ⅱ)共通事項全てに適合していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	