

生活機能向上連携加算チェック表

事業所番号：

事業所名：

サービス種類： 認知症対応型通所介護

項目（算定要件）	※新たに加算を算定する場合には、適否の○印は予定で可。	適否
<p>指定訪問リハビリテーション事業所又は指定通所リハビリテーション事業所^{※1}若しくはリハビリテーションを実施している医療提供施設^{※2}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（以下「機能訓練指導員等」という。）と共同してアセスメント^{※3}、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ますか。</p> <p>※1 指定居宅サービス等基準第111条第1項に規定する指定通所リハビリテーション事業所 ※2 医療法第1条の2第2項に規定する医療提供施設をいい、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。 ※3 利用者の心身の状態を勘案し、自立した日常生活を営むことができるように支援する上で解決すべき課題を把握することをいう。</p>		はい・いいえ
<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、利用者の心身の状態に応じた機能訓練を適切に提供していますか。</p>		はい・いいえ
<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月ごとに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行っていますか。</p>		はい・いいえ
<p>当該加算を算定するにあたり、介護報酬に関する基準及び解釈通知等の内容を理解し、当該通知内容に沿った加算サービスの提供を行いますか。</p> <p>※当該加算要件を満たさないことが明らかになった場合は速やかに加算の届出の取り下げを行うこと。</p>		はい・いいえ

【解釈通知内容】

- (9)① 指定訪問リハビリテーション事業所又は指定通所リハビリテーション事業所若しくはリハビリテーションを実施している医療提供施設（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。）の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は医師（以下この(9)において「理学療法士等」という。）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（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こと。その際、理学療法士等は、機能訓練指導員等に対し、日常生活上の留意点、介護の工夫等に関する助言を行うこと。
- この場合の「リハビリテーションを実施している医療提供施設」とは、診療報酬における疾患別リハビリテーション料の届出を行っている病院及び診療所又は介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院であること。

- ② ①の個別機能訓練計画には、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しなければならない。目標については、利用者又は家族の意向及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することとし、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こと。なお、個別機能訓練計画に相当する内容を地域密着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。また、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こと。
- ③ 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て計画的に機能訓練を適切に提供していること。
- ④ 個別機能訓練計画の進捗状況等について、3月ごとに1回以上、理学療法士等が指定認知症対応型通所介護事業所を訪問し、機能訓練指導員等と共同で評価した上で、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うこと。
- ⑤ 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、必要に応じて当該利用者又は家族の意向を確認の上、理学療法士等から必要な助言を得た上で、当該利用者のADL(寝返り、起き上がり、移乗、歩行、着衣、入浴、排せつ等)及びIADL(調理、掃除、買物、金銭管理、服薬状況等)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うこと。
- ⑥ 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。

個別機能訓練加算 チェック表

事業所番号: _____ 事業所名: _____

サービス種類: 認知症対応型通所介護

項目(算定要件)	※新たに加算を算定する場合には、適否の○印は予定で可。	適否
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、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師、はり師又はきゅう師 ^{※1} を1名以上配置していますか。	※1 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。	はい・いいえ
(機能訓練指導員の資格及び氏名を下記に記載してください。)		
加算算定開始予定月の一ヶ月分の勤務表を添付していますか。	はい・いいえ	
機能訓練指導員の資格証を添付していますか。		はい・いいえ
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、当該計画に基づき、計画的に機能訓練を行っていますか。		はい・いいえ
当該加算を算定するにあたり、介護報酬に関する基準及び解釈通知等の内容を理解し、当該通知内容に沿った加算サービスの提供を行いますか。	※当該加算要件を満たさないことが明らかになった場合は速やかに加算の届出の取り下げを行うこと。	はい・いいえ

【解釈通知】

- ① 個別機能訓練加算は、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師、はり師又はきゅう師(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。)(以下4において「理学療法士等」という。)等が個別機能訓練計画に基づき、計画的に行った機能訓練(以下「個別機能訓練」という。)について算定する。
- ② 個別機能訓練に係る機能訓練(以下「個別機能訓練」という。)は、一日百二十分以上、専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等を一名以上配置して行うものであること。この場合において、例えば、一週間のうち特定の曜日だけ理学療法士等を配置している場合は、その曜日におけるサービスのみが当該加算の算定対象となる。ただし、この場合、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。なお、認知症対応型通所介護事業所の看護職員が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、認知症対応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ない。
- ③ 個別機能訓練を行うに当たっては、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、これ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等を行う。なお、認知症対応型通所介護においては、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。
- ④ 個別機能訓練を行う場合は、開始時及びその三か月後に一回以上利用者に対して個別機能訓練計画の内容を説明する。
- ⑤ 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、利用者ごとに保管され、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ようにすること。

若年性認知症利用者受入加算 チェック表

事業所番号: _____ 事業所名: _____

サービス種類: 認知症対応型通所介護

項目(算定要件)	※新たに加算を算定する場合には、適否の○印は予定で可。	適否
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をいう。以下同じ。)に対して、指定認知症対応型通所介護を行っていますか。		はい・いいえ
受入れた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サービス提供を行っていますか。		はい・いいえ
当該加算を算定するにあたり、介護報酬に関する基準及び解釈通知等の内容を理解し、当該通知内容に沿った加算サービスの提供を行いますか。 ※当該加算要件を満たさないことが明らかになった場合は速やかに加算の届出の取り下げを行うこと。		はい・いいえ

【解釈通知】

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、その者を中心に、当該利用者の特性やニーズに応じたサービス提供を行うこと。

栄養改善加算 チェック表

事業所番号: _____ 事業所名: _____

サービス種類: 認知症対応型通所介護

項目(算定要件)	※新たに加算を算定する場合には、適否の○印は予定で可。	適否
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名以上配置していますか。 (管理栄養士の氏名及び外部との連携の場合は連携先の事業所名を下欄に記載してください。)		はい・いいえ
氏名 _____ 連携先の事業所 _____ (_____) (_____)		
管理栄養士の資格証を添付していますか。		はい・いいえ
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ますか。		はい・いいえ
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うとともに、利用者の栄養状態を定期的に記録していますか。		はい・いいえ
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ますか。		はい・いいえ
運営基準に基づき事業所の運営規程に定められた利用定員を遵守するとともに、人員基準に定められた職種、員数の職員を配置していますか。		はい・いいえ
当該加算を算定するにあたり、介護報酬に関する基準及び解釈通知等の内容を理解し、当該通知内容に沿った加算サービスの提供を行いますか。 ※当該加算要件を満たさないことが明らかになった場合は速やかに加算の届出の取り下げを行うこと。		はい・いいえ

【解釈通知】

- ① 栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスの提供は、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すること。
 - ② 管理栄養士を一名以上配置して行うものであること。
 - ③ 栄養改善加算を算定できる利用者は、以下のイからニのいずれかに該当する者など低栄養状態にある者又はそのおそれがある者であって、栄養改善サービスの提供が必要と認められる者とする。
 - イ BMIが十八・五未満である者
 - ロ 一～六月間で三%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」(平成十八年六月九日老発第〇六〇九〇〇一号厚生労働省老健局長通知)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
 - ハ 血清アルブミン値が三・五g/dl以下である者ハ血清アルブミン値が三・五g/dl以下である者
 - ニ 食事摂取量が不良(七十五%以下)である者ニ食事摂取量が不良(七十五%以下)である者
 - ホ 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ホ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は、前記イからホのいずれかの項目に該当するかどうか、適宜確認されたい。
- ・口腔及び摂食・嚥下機能の問題(基本チェックリストの口腔機能に関連する(13)、(14)、(15)のいずれかの項目において「1」に該当する者などを含む。)
 - ・生活機能の低下の問題・生活機能の低下の問題
 - ・褥瘡に関する問題・褥瘡に関する問題
 - ・食欲の低下の問題・食欲の低下の問題
 - ・閉じこもりの問題(基本チェックリストの閉じこもりに関・閉じこもりの問題(基本チェックリストの閉じこもりに関連する(16)、(17)のいずれかの項目において「1」に該当する者などを含む。)
 - ・認知症の問題(基本チェックリストの認知症に関連する(18)、(19)、(20)のいずれかの項目において「1」に該当する者などを含む。)
 - ・うつの問題(基本チェックリストのうつに関連する(21)から(25)の項目において、二項目以上「1」に該当する者などを含む。)

- ④ 栄養改善サービスの提供は、以下のイからホまでに掲げる手順を経てなされる。
- イ 利用者ごとの低栄養状態のリスクを、利用開始時に把握すること。
 - ロ 利用開始時に管理栄養士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者（以下「関連職種」という。）が暫定的に、利用者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮しつつ、栄養状態に関する解決すべき課題の把握（以下「栄養アセスメント」という。）を行い、栄養食事相談に関する事項（食事に関する内容の説明等）、解決すべき栄養管理上の課題等に対し関連職種が共同して取り組むべき事項等を記載した栄養ケア計画を作成すること。作成した栄養ケア計画については、栄養改善サービスの対象となる利用者又はその家族に説明し、その同意を得ること。なお、認知症対応型通所介護においては、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。
 - ハ 栄養ケア計画に基づき、管理栄養士等が利用者ごとに栄養改善サービスを提供すること。その際、栄養ケア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。
 - ニ 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、概ね三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すること。
 - ホ 指定地域密着型サービス基準第六十一条において準用する第三条の十八に規定するサービスの提供の記録において利用者ごとの栄養ケア計画に従い管理栄養士が利用者の栄養状態を定期的に記録する場合は、当該記録とは別に栄養改善加算の算定のために利用者の栄養状態を定期的に記録する必要はないものとする。
- ⑤ 概ね三か月ごとの評価の結果、③のイからホまでのいずれかに該当する者であって、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ものについては、継続的に栄養改善サービスを提供する。

口腔機能向上加算 チェック表

事業所番号: _____ 事業所名: _____

サービス種類: 認知症対応型通所介護

項目 (算定要件)	適否
<p>言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員を1名以上配置していますか。 (これらの職員のうち、口腔機能向上サービスに関わる者の資格及び氏名を下欄に記載してください。)</p> <p>資格 () 氏名 ()</p>	はい・いいえ
<p>上記の口腔機能向上サービスに関わる者の資格証を添付していますか。</p>	はい・いいえ
<p>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ますか。</p>	はい・いいえ
<p>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うとともに、利用者の口腔機能を定期的に記録していますか。</p>	はい・いいえ
<p>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ますか。</p>	はい・いいえ
<p>定員超過利用・人員基準欠如に該当していませんか。</p>	はい・いいえ
<p>当該加算を算定するにあたり、介護報酬に関する基準及び解釈通知等の内容を理解し、当該通知内容に沿った加算サービスの提供を行いますか。 ※当該加算要件を満たさないことが明らかになった場合は速やかに加算の届出の取り下げを行うこと。</p>	はい・いいえ

【解釈通知】

- ① 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すること。
- ② 言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員を一名以上配置して行うものであること。
- ③ 口腔機能向上加算を算定できる利用者は、次のイからハまで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とする。
 - イ 認定調査票における嚥下、食事摂取、口腔清潔の三項目のいずれかの項目において「1」以外に該当する者
 - ロ 基本チェックリストの口腔機能に関連する(13)、(14)、(15)の三項目のうち、二項目以上が「1」に該当する者
 - ハ 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
- ④ 利用者の口腔の状態によっては、医療における対応を要する場合も想定されることから、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ることとする。

なお、歯科医療を受診している場合であって、次のイ又はロのいずれかに該当する場合にあっては、加算は算定できない。

 - イ 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
 - ロ 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

- ⑤ 口腔機能向上サービスの提供は、以下のイからホまでに掲げる手順を経てなされる。
- イ 利用者ごとの口腔機能を、利用開始時に把握すること。
 - ロ 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、利用者ごとの口腔清潔、摂食・嚥下機能に関する解決すべき課題の把握を行い、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。作成した口腔機能改善管理指導計画については、口腔機能向上サービスの対象となる利用者又はその家族に説明し、その同意を得ること。なお、認知症対応型通所介護においては、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できるものとする。
 - ハ 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、口腔機能改善管理指導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。
 - ニ 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、おおむね三か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、当該利用者を担当する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すること。
 - ホ 指定地域密着型サービス基準第六十一条において準用する第三条の十八に規定するサービスの提供の記録において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利用者の口腔機能を定期的に記録する場合は、当該記録とは別に口腔機能向上加算の算定のために利用者の口腔機能を定期的に記録する必要はないものとする。
- ⑥ おおむね三月ごとの評価の結果、次のイ又はロのいずれかに該当する者であって、継続的に言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員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は、継続的に口腔機能向上サービスを提供する。
- イ 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
 - ロ 当該サービスを継続しないことにより、口腔機能が低下するおそれのある者

サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ チェック表

事業所番号: _____ 事業所名: _____

サービス種類: 認知症対応型通所介護

項目 (算定要件)	適否																																										
<p>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百分の五十以上ですか。</p> <p>※介護職員の総数＝常勤換算方法により算出した総数 共用型指定認知症対応型通所介護事業所にあつては、設備を共用する指定認知症対応型共同生活介護事業所、指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業所、指定地域密着型特定施設又は指定地域密着型介護老人福祉施設の介護職員の総数を含む。</p>	はい・いいえ																																										
<p>以下のⅠ<前年度の月平均>又はⅡ<前3月の月平均>(前年度の実績が6月に満たない事業所のみ対象)いずれか一方を記載してください。(小数点第1位まで)</p>																																											
<p>Ⅰ<前年度の月平均>常勤換算方法で算出 e:4～2月における実績のあった月数</p>																																											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;">年度</th> <th>4月</th> <th>5月</th> <th>6月</th> <th>7月</th> <th>8月</th> <th>9月</th> <th>10月</th> <th>11月</th> <th>12月</th> <th>1月</th> <th>2月</th> <th>合計 a</th> <th>月平均 $\frac{a}{e}$ (c)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: left;">常勤換算後の介護職員の員数</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: left;">常勤換算後の介護福祉士の員数</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td> <td>(d)</td> </tr> </tbody> </table> <p>・dがcに占める割合 $(d \div c \times 100) =$ _____ %</p>		年度	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	合計 a	月平均 $\frac{a}{e}$ (c)	常勤換算後の介護職員の員数														常勤換算後の介護福祉士の員数													(d)
年度	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	合計 a	月平均 $\frac{a}{e}$ (c)																														
常勤換算後の介護職員の員数																																											
常勤換算後の介護福祉士の員数													(d)																														
<p>Ⅱ<前3月の月平均>(前年度の実績が6月に満たない事業所のみ対象)</p>																																											
<p>・届出日が属する月の前3月の常勤換算後の介護職員の員数(小数点以下第1位まで)</p> <p style="text-align: center;">3月前: _____ 人 + 2月前: _____ 人 + 1月前: _____ 人 $\div 3 =$ _____ 人(c)</p> <p>・届出日が属する月の前3月の常勤換算後の介護福祉士の員数の合計</p> <p style="text-align: center;">3月前: _____ 人 + 2月前: _____ 人 + 1月前: _____ 人 $\div 3 =$ _____ 人(d)</p> <p>・dがcに占める割合 $(d \div c \times 100) =$ _____ %</p>																																											
<p>別の告示に定める定員超過利用・人員基準欠如に該当していませんか。</p>	はい・いいえ																																										
<p>当該加算を算定するにあたり、介護報酬に関する基準及び解釈通知等の内容を理解し、当該通知内容に沿った加算サービスの提供を行いますか。 ※当該加算要件を満たさないことが明らかになった場合は速やかに加算の届出の取り下げを行うこと。</p>	はい・いいえ																																										

【解釈通知】

- ① 2(12)④から⑦まで及び3の2(18)②を準用する。
- 2(12) ④ 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(三月を除く。)の平均を用いることとする。ただし、前年度の実績が六月に満たない事業所(新たに事業を開始し、又は再開した事業所を含む。)については、届出日の属する月の前三月について、常勤換算方法により算出した平均を用いることとする。したがって、新たに事業を開始し、又は再開した事業者については、四月目以降届出が可能となるものであること。なお、介護福祉士については、各月の前月の末日時点で資格を取得している者とする。

⑤ 前号ただし書の場合にあつては、届出を行った月以降においても、直近三月間の職員の割合につき、毎月継続的に所定の割合を維持しなければならない。なお、その割合については、毎月記録するものとし、所定の割合を下回った場合については、直ちに第一の5の届出を提出しなければならない。

⑥ 勤続年数とは、各月の前月の末日時点における勤続年数をいうものとする。具体的には、平成24年4月における勤続年数3年以上の者とは、平成24年3月31日時点で勤続年数が3年以上である者をいう。

⑦ 勤続年数の算定に当たっては、当該事業所における勤続年数に加え、同一法人の経営する他の介護サービス事業所、病院、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勤務した年数を含めることができるものとする

3の2 (18) ② 指定認知症対応型通所介護を利用者の直接供する職員〔中略〕とは、生活相談員、看護職員、介護職員又は機能訓練指導員として勤務を行い職員を指すものとする。

サービス提供体制強化加算(Ⅰ)口 チェック表

事業所番号: _____ 事業所名: _____

サービス種類: 認知症対応型通所介護

項目 (算定要件)	適否																																										
<p>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百分の四十以上ですか。</p> <p>※介護職員の総数＝常勤換算方法により算出した総数 共用型指定認知症対応型通所介護事業所にあつては、設備を共用する指定認知症対応型共同生活介護事業所、指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業所、指定地域密着型特定施設又は指定地域密着型介護老人福祉施設の介護職員の総数を含む。</p>	はい・いいえ																																										
<p>以下のⅠ<前年度の月平均>又はⅡ<前3月の月平均>(前年度の実績が6月に満たない事業所のみ対象)いずれか一方を記載してください。(小数点第1位まで)</p>																																											
<p>Ⅰ<前年度の月平均>常勤換算方法で算出 e: 4～2月における実績のあつた月数</p>																																											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;">年度</th> <th style="width: 5%;">4月</th> <th style="width: 5%;">5月</th> <th style="width: 5%;">6月</th> <th style="width: 5%;">7月</th> <th style="width: 5%;">8月</th> <th style="width: 5%;">9月</th> <th style="width: 5%;">10月</th> <th style="width: 5%;">11月</th> <th style="width: 5%;">12月</th> <th style="width: 5%;">1月</th> <th style="width: 5%;">2月</th> <th style="width: 5%;">合計 a</th> <th style="width: 10%;">月平均 a÷e (c)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">常勤換算後の介護職員の員数</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">常勤換算後の介護福祉士の員数</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td> <td>(d)</td> </tr> </tbody> </table>	年度	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	合計 a	月平均 a÷e (c)	常勤換算後の介護職員の員数														常勤換算後の介護福祉士の員数													(d)	
年度	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	合計 a	月平均 a÷e (c)																														
常勤換算後の介護職員の員数																																											
常勤換算後の介護福祉士の員数													(d)																														
<p>・dがcに占める割合 $(d \div c \times 100) = \underline{\hspace{2cm}} \%$</p>																																											
<p>Ⅱ<前3月の月平均>(前年度の実績が6月に満たない事業所のみ対象)</p>																																											
<p>・届出日が属する月の前3月の常勤換算後の介護職員の員数(小数点以下第1位まで)</p> <p style="text-align: center;">3月前: _____ 人 + 2月前: _____ 人 + 1月前: _____ 人 ÷ 3 = _____ 人(c)</p>																																											
<p>・届出日が属する月の前3月の常勤換算後の介護福祉士の員数の合計</p> <p style="text-align: center;">3月前: _____ 人 + 2月前: _____ 人 + 1月前: _____ 人 ÷ 3 = _____ 人(d)</p>																																											
<p>・dがcに占める割合 $(d \div c \times 100) = \underline{\hspace{2cm}} \%$</p>																																											
<p>別の告示に定める定員超過利用・人員基準欠如に該当していませんか。</p>	はい・いいえ																																										
<p>当該加算を算定するにあたり、介護報酬に関する基準及び解釈通知等の内容を理解し、当該通知内容に沿った加算サービスの提供を行いますか。 ※当該加算要件を満たさないことが明らかになった場合は速やかに加算の届出の取り下げを行うこと。</p>	はい・いいえ																																										

【解釈通知】

- ① 2(12)④から⑦まで及び3の2(18)②を準用する。
- 2(12) ④ 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(三月を除く。)の平均を用いることとする。ただし、前年度の実績が六月に満たない事業所(新たに事業を開始し、又は再開した事業所を含む。)については、届出日の属する月の前三月について、常勤換算方法により算出した平均を用いることとする。したがって、新たに事業を開始し、又は再開した事業者については、四月目以降届出が可能となるものであること。なお、介護福祉士については、各月の前月の末日時点で資格を取得している者とする。
- ⑤ 前号ただし書の場合にあつては、届出を行った月以降においても、直近三月間の職員の割合につき、毎月継続的に所定の割合を維持しなければならない。なお、その割合については、毎月記録するものとし、所定の割合を下回った場合については、直ちに第一の5の届出を提出しなければならない。

⑥ 勤続年数とは、各月の前月の末日時点における勤続年数をいうものとする。具体的には、平成24年4月における勤続年数3年以上の者とは、平成24年3月31日時点で勤続年数が3年以上である者をいう。

⑦ 勤続年数の算定に当たっては、当該事業所における勤続年数に加え、同一法人の経営する他の介護サービス事業所、病院、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勤務した年数を含めることができるものとする

3の2 ② 指定認知症対応型通所介護を利用者の直接供する職員〔中略〕とは、生活相談員、看護職員、介護職員又は
(18) 機能訓練指導員として勤務を行い職員を指すものとする。

サービス提供体制強化加算(Ⅱ) チェック表

事業所番号: _____ 事業所名: _____

サービス種類: 認知症対応型通所介護

項目 (算定要件)	適否																																										
<p>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、勤続三年以上の者の割合が百分の三十以上ですか。</p> <p>※直接提供する職員の総数＝生活相談員、看護職員、介護職員又は機能訓練指導員として勤務を行う職員の常勤換算方法により算出した総数 共用型指定認知症対応型通所介護事業所にあつては、設備を共用する指定認知症対応型共同生活介護事業所、指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業所、指定地域密着型特定施設又は指定地域密着型介護老人福祉施設の介護職員の総数を含む。</p>	はい・いいえ																																										
<p>以下のⅠ<前年度の月平均>又はⅡ<前3月の月平均> <u>(前年度の実績が6月に満たない事業所のみ対象)</u> いずれか一方を記載してください。(小数点第1位まで)</p>																																											
<p>Ⅰ<前年度の月平均>常勤換算方法で算出 e:4～2月における実績のあつた月数</p>																																											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;">年度</th> <th>4月</th> <th>5月</th> <th>6月</th> <th>7月</th> <th>8月</th> <th>9月</th> <th>10月</th> <th>11月</th> <th>12月</th> <th>1月</th> <th>2月</th> <th>合計 a</th> <th>月平均 a÷e (c)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>常勤換算後の直接提供職員の員数</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>勤続3年以上の直接提供職員の常勤換算後の員数</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td> <td>(d)</td> </tr> </tbody> </table> <p>・dがcに占める割合 $(d \div c \times 100) = \underline{\hspace{2cm}} \%$</p>		年度	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	合計 a	月平均 a÷e (c)	常勤換算後の直接提供職員の員数														勤続3年以上の直接提供職員の常勤換算後の員数													(d)
年度	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	合計 a	月平均 a÷e (c)																														
常勤換算後の直接提供職員の員数																																											
勤続3年以上の直接提供職員の常勤換算後の員数													(d)																														
<p>Ⅱ<前3月の月平均>(前年度の実績が6月に満たない事業所のみ対象)</p>																																											
<p>・届出日が属する月の前3月の直接提供職員の常勤換算後の員数の合計(小数点以下第1位まで)</p> <p style="text-align: center;">3月前: _____ 人 + 2月前: _____ 人 + 1月前: _____ 人 ÷ 3 = _____ 人(c)</p> <p>・届出日が属する月の前3月の勤続3年以上の直接提供職員の常勤換算後の員数の合計(小数点以下第1位まで)</p> <p style="text-align: center;">3月前: _____ 人 + 2月前: _____ 人 + 1月前: _____ 人 ÷ 3 = _____ 人(d)</p> <p>・dがcに占める割合 $(d \div c \times 100) = \underline{\hspace{2cm}} \%$</p>																																											
別の告示に定める利用定員超過減算・人員基準欠如減算に該当していませんか。	はい・いいえ																																										
<p>当該加算を算定するにあたり、介護報酬に関する基準及び解釈通知等の内容を理解し、当該通知内容に沿った加算サービスの提供を行いますか。</p> <p>※当該加算要件を満たさないことが明らかになった場合は速やかに加算の届出の取り下げを行うこと。</p>	はい・いいえ																																										

【解釈通知】

- ① 2(12)④及び⑤を準用する。
- 2(12) ④ 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(三月を除く。)の平均を用いることとする。ただし、前年度の実績が六月に満たない事業所(新たに事業を開始し、又は再開した事業所を含む。)については、届出日の属する月の前三月について、常勤換算方法により算出した平均を用いることとする。したがって、新たに事業を開始し、又は再開した事業者については、四月目以降届出が可能となるものであること。なお、介護福祉士については、各月の前月の末日時点で資格を取得している者とする。
- ⑤ 前号ただし書の場合にあつては、届出を行った月以降においても、直近三月間の職員の割合につき、毎月継続的に所定の割合を維持しなければならない。なお、その割合については、毎月記録するものとし、所定の割合を下回った場合については、直ちに第一の5の届出を提出しなければならない。

- ② 勤続年数とは、各月の前月の末日時点における勤務年数をいうものとする。具体的には、平成21年4月における勤続年数3年以上の者とは、平成21年3月31日時点で勤続年数が3年以上である者をいう。
- ③ 勤続年数の算定に当たっては、当該事業所における勤続年数に加え、同一法人の経営する他の介護サービス事業所、病院、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勤務した年数を含めることができるものとする。
- ④ 認知症対応型通所介護を利用者に直接提供する職員とは、生活相談員、看護職員、介護職員又は機能訓練指導員として勤務を行う職員を指すものとする。
- ⑤ 同一の事業所において介護予防認知症対応型通所介護を一体的に行っている場合においては、本加算の計算も一体的に行うこととする。

(参考様式)

実務経験証明書

年 月 日

(提出先)
海南市長

(証明者)
法人の所在地
法人名及び代表者職氏名

印

電話番号

下記の者の実務経験は、以下のとおりであることを証明します。

氏名	T・S・H 年 月 日生
施設又は事業所名	
所在地	
サービス種別	
業務期間	年 月 日 ~ 年 月 日 (通算 年 か月)
業務内容	

注1 「サービス種別」欄は、具体的に「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」、「夜間対応型訪問介護」、「訪問介護」等と記入してください。

注2 「業務期間」欄は、実務経験被証明者が利用者に対する直接処遇を行っていた期間を記入してください。事務・経理や送迎運転等は含まれません。また、証明日までの期間としてください。

注3 「業務内容」欄は、実務経験被証明者の本来の業務について、具体的に訪問介護員、介護職員等と記入してください。

※ 上記の記載内容に記入漏れや不備・不明な箇所がある場合には、内容の確認をさせていただき、必要に応じ書類の追加・再提出をしていただくことがありますので、あらかじめ御承知おきください。