

## 生活相談員配置等加算チェック表

事業所番号 : \_\_\_\_\_ 事業所名 : \_\_\_\_\_  
 サービス種類 : 地域密着型通所介護

| 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     |
|---|--------|
| 共生型サービス(生活介護事業所、自立訓練事業所、児童発達支援事業所、放課後等デイサービス事業所)の提供を行っていますか。  | はい・いいえ |
| 生活相談員を1名以上配置していますか。<br>【生活相談員の氏名及び保有資格を記入してください。】※資格証の写しを添付してください(要原本証)   | はい・いいえ |
| 地域に貢献する活動を行っていますか。  | 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。<br>※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 |

### 【解釈通知内容】

- (5)① 生活相談員(社会福祉士、精神保健福祉士等)は、共生型地域密着型通所介護の提供日ごとに、当該共生型地域密着型通所介護を行う時間帯を通じて1名以上配置する必要があるが、共生型地域密着型通所介護の指定を受ける障害福祉制度における指定生活介護事業所、指定自立訓練(機能訓練)事業所、指定自立訓練(生活訓練)事業所、指定児童発達支援事業所又は指定放課後等デイサービス事業所(以下この(5)において「指定生活介護事業所等」という。)に配置している従業者の中に、既に生活相談員の要件を満たす者がいる場合には、新たに配置する必要はなく、兼務しても差し支えない。なお、例えば、1週間のうち特定の曜日だけ生活相談員を配置している場合は、その曜日のみ加算の算定対象となる。
- ② 地域に貢献する活動は、「地域の交流の場(開放スペースや保育園等との交流会など)の提供」、「認知症カフェ・食堂等の設置」、「地域住民が参加できるイベントやお祭り等の開催」、「地域のボランティアの受入や活動(保育所等における清掃活動等)の実施」、「協議会等を設けて地域住民が事業所の運営への参画」、「地域住民への健康相談教室・研修会」など、地域や多世代との関わりを持つためのものとするよう努めること。
- ③ なお、当該加算は、共生型地域密着型通所介護の指定を受ける指定生活介護事業所等においてのみ算定することができるものであること。

## 中重度者ケア体制加算チェック表

事業所番号: \_\_\_\_\_ 事業所名: \_\_\_\_\_  
 サービス種類: 地域密着型通所介護

| 項目（算定要件）   | 適否     |    |    |    |    |    |     |     |     |     |    |         |            |            |     |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--------|----|----|----|----|----|-----|-----|-----|-----|----|---------|------------|------------|-----|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|---------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 指定基準に規定する介護職員又は看護職員の員数に加え、介護職員又は看護職員を常勤換算方法で2以上確保していますか。   | はい・いいえ |    |    |    |    |    |     |     |     |     |    |         |            |            |     |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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 |    |    |    |    |    |     |     |     |     |    |         |            |            |     |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 対象となる職種に○をつけてください。 介護職員 ・ 看護職員<br><br>加算算定開始予定月の介護職員又は看護職員の員数 <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> 人(a) - 指定基準に規定する介護職員又は看護職員の員数 <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> 人(b) = <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> 人(c) <b>Cが2以上である。</b>   | はい・いいえ |    |    |    |    |    |     |     |     |     |    |         |            |            |     |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 前年度又は届出日が属する月の前3月の期間における利用者の総数のうち、要介護状態区分が要介護3以上の利用者の占める割合が30%以上ですか。<br><br>I〈前年度の月平均〉又はII〈前3月の月平均〉のいずれか一方を記載してください。<br><b>※前年度の実績が6月に満たない事業所はIIのみ</b><br>I 〈前年度の月平均〉  | はい・いいえ |    |    |    |    |    |     |     |     |     |    |         |            |            |     |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin: 10px 0;"> <thead> <tr> <th></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<br/>a</th> <th>月平均<br/>a÷e</th> <th>割合%</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">利用者総数</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><td style="text-align: center;">/</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">要介護3以上の利用者の総数</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><td></td> </tr> </tbody> </table>             |        | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月  | 10月 | 11月 | 12月 | 1月 | 2月      | 合計<br>a    | 月平均<br>a÷e | 割合% | 利用者総数 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | / | 要介護3以上の利用者の総数 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 4月     | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 | 1月  | 2月 | 合計<br>a | 月平均<br>a÷e | 割合%        |     |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 利用者総数  |        |    |    |    |    |    |     |     |     |     |    |         |            | /          |     |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 要介護3以上の利用者の総数  |        |    |    |    |    |    |     |     |     |     |    |         |            |            |     |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| * 「割合」の計算方法<br>$\text{要介護3以上の利用者の総数} \div \text{利用者総数} \times 100 \quad e: 4月 \sim 2月 \text{における実績のあった月数}$   |        |    |    |    |    |    |     |     |     |     |    |         |            |            |     |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| II〈前3月の月平均〉 ※ 届出を行った月以降においても、直近三月間の職員又は利用者の割合につき、毎月継続的に所定の割合を維持しなければなりません。<br>・ 届出日が属する月の前3月の利用者総数<br>3月前: <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> 人 + 2月前: <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> 人 + 1月前: <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> 人 $\div 3 =$ <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> 人(d)<br>このうち、要介護3以上の利用者の合計<br>3月前: <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> 人 + 2月前: <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> 人 + 1月前: <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> 人 $\div 3 =$ <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> 人(e)<br><b>eがdに占める割合 (e÷d×100) = <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> %</b> |        |    |    |    |    |    |     |     |     |     |    |         |            |            |     |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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あたる看護職員を1名以上配置していますか。<br><br>(看護職員の資格及び氏名を下記に記載してください。)   | はい・いいえ |    |    |    |    |    |     |     |     |     |    |         |            |            |     |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 看護職員の資格証を添付していますか。   | 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。<br><b>※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。</b>   | はい・いいえ |    |    |    |    |    |     |     |     |     |    |         |            |            |     |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

#### 【解釈通知】

- 中重度者ケア体制加算は、暦月ごとに、指定地域密着型サービス基準第20条第1項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以上確保する必要がある。このため、常勤換算方法による職員数の算定方法は、暦月ごとの看護職員又は介護職員の勤務延時間数を、当該事業所において常勤の職員が勤務すべき時間数で除することによって算定し、暦月において常勤換算方法で2以上確保していれば加算の要件を満たすこととする。なお、常勤換算方法を計算する際の勤務延時間数については、サービス提供時間前後の延長加算を算定する際に配置する看護職員又は介護職員の勤務時間数は含めないこととし、常勤換算方法による員数については、少数点第2位以下を切り捨てるものとする。
- 要介護3、要介護4又は要介護5である者の割合については、前年度(3月を除く。)又は算定日の属する月の前3月の1月当たりの実績の平均について、利用実人員数又は利用延人員数を用いて算定するものとし、要支援者に関しては人員数には含めない。
- 利用実人員数又は利用延人員数の割合の計算方法は、次の取扱いによるものとする。
  - イ 前年度の実績が6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、前年度の実績による加算の届出はできないものとする。
  - ロ 前3月の実績により届出を行った事業所については、届出を行った月以降においても、直近3月間の利用者の割合につき、毎月継続的に所定の割合を維持しなければならない。また、その割合については、毎月ごとに記録するものとし、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。
- 看護職員は、指定地域密着型通所介護を行う時間帯を通じて1名以上配置する必要があり、他の職務との兼務は認められない。
- 中重度者ケア体制加算については、事業所を利用する利用者全員に算定することができる。また、注9の認知症加算の算定要件も満たす場合は、中重度者ケア体制加算の算定とともに認知症加算も算定できる。
- 中重度者ケア体制加算を算定している事業所にあつては、中重度の要介護者であっても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することとする。

## 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 : 地域密着型通所介護

| 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 <sup>※1</sup> 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 <sup>※2</sup> 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 <sup>※3</sup> 、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。<br>※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<br>※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。<br>※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。 | はい・いいえ |
| 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。   | はい・いいえ |
| 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。  | 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。<br>※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、利用者の心身の状態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地域密着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(Ⅰ)チェック表

事業所番号： \_\_\_\_\_ 事業所名： \_\_\_\_\_

サービス種類： 地域密着型通所介護

| 項目(算定要件)  | 適否     |
|---|--------|
| <p>当該指定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、はり師又はきゅう師<sup>※1</sup>の資格があるものを1名以上配置していますか。</p> <p>※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。<br/>(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。)</p> | はい・いいえ |
| <p>個別機能訓練計画の作成及び実施において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の項目を準備し、その項目の選択に当たっては、利用者の生活意欲が増進されるよう利用者を援助し、心身の状況に応じた機能訓練を適切に行っていますか。</p>  | はい・いいえ |
| <p>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うこととしていますか。</p>   | はい・いいえ |
| <p>機能訓練指導員等が利用者の居宅を訪問した上で、個別機能訓練計画を作成し、その後3月ごとに1回以上、利用者の居宅を訪問した上で、利用者又はその家族に対して、機能訓練の内容を個別機能訓練計画の進捗状況等を説明し、訓練内容の見直し等を行うこととしていますか。</p>   | はい・いいえ |
| <p>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。</p>   | はい・いいえ |
| <p>機能訓練指導員の資格証を添付していますか。<br/>(はり師及びきゅう師の場合は、資格証に加えて実務経験証明書を添付していますか。)</p>   | はい・いいえ |
| <p>機能訓練指導員が、提供時間を通じて配置されることが勤務表上確認できるような記載になっていますか。</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。<br/>※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】

- 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、柔道整復師又は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「理学療法士等」という。)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。

- 個別機能訓練加算(Ⅰ)に係る機能訓練は、提供時間帯を通じて、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、月曜日から金曜日は常勤の理学療法士等が配置され、それ以外の曜日に非常勤の理学療法士等だけが配置されている場合は、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。(個別機能訓練加算(Ⅱ)の要件に該当している場合は、その算定対象となる。)ただし、個別機能訓練加算(Ⅰ)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必要がある。なお、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ない。
- 個別機能訓練加算(Ⅰ)に係る機能訓練の項目の選択については、機能訓練指導員等が、利用者の生活意欲が増進されるよう利用者の選択を援助し、利用者が選択した項目ごとにグループに分かれて活動することで、心身の状況に応じた機能訓練が適切に提供されることが要件となる。また、機能訓練指導員等は、利用者の心身の状態を勘案し、項目の選択について必要な援助を行わなければならない。
- 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、実施時間、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、実施時間、実施方法等について評価等を行う。なお、地域密着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。
- 日常生活における生活機能維持・向上に関する目標については、利用者又は家族の意向及び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。
- 個別機能訓練を行う場合は、機能訓練指導員等が居宅を訪問した上で利用者の居宅での生活状況(起居動作、ADL、IADL等の状況)を確認し、多職種共同で個別機能訓練計画を作成した上で実施することとし、その後三月ごとに一回以上、利用者の居宅を訪問し、利用者の居宅での生活状況を確認した上で、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、記録するとともに訓練内容の見直し等を行う。また、評価内容や目標の達成度合いについて、当該利用者を担当する介護支援専門員等に適宜報告・相談し、必要に応じて利用者又は家族の意向を確認の上、当該利用者のADL及びIADL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。
- 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業者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(Ⅰ)を算定している者であっても、別途個別機能訓練加算(Ⅱ)に係る訓練を実施した場合は、同一日であっても個別機能訓練加算(Ⅱ)を算定できるが、この場合にあつては、個別機能訓練加算(Ⅰ)に係る常勤専従の機能訓練指導員は、個別機能訓練加算(Ⅱ)に係る機能訓練指導員として従事することはできず、別に個別機能訓練加算(Ⅱ)に係る機能訓練指導員の配置が必要である。また、個別機能訓練加算(Ⅰ)は身体機能への働きかけを中心に行うものであるが、個別機能訓練加算(Ⅱ)は、心身機能への働きかけだけでなく、ADL(食事、排泄、入浴等)やIADL(調理、洗濯、掃除等)などの活動への働きかけや、役割の創出や社会参加の実現といった参加への働きかけを行い、心身機能、活動、参加といった生活機能にバランスよく働きかけるものであり、それぞれの加算の目的・趣旨が異なることから、それぞれの個別機能訓練計画に基づいた適切な訓練を実施する必要がある。なお、それぞれの加算の目的・趣旨に沿った目標設定や実施内容等の項目等については、別に通知するところによるものとする。

## 個別機能訓練加算(Ⅱ)チェック表

事業所番号 : \_\_\_\_\_ 事業所名 : \_\_\_\_\_

サービス種類 : 地域密着型通所介護

| 項目(算定要件)   | 適否     |
|--|--------|
| <p>専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等(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<sup>※1</sup>)の資格があるものを1名以上配置していますか。</p> <p>※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。<br/>(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。)</p> | はい・いいえ |
| <p>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。</p>  | はい・いいえ |
| <p>機能訓練指導員の資格証を添付していますか。<br/>(はり師及びきゅう師の場合は、資格証に加えて実務経験証明書を添付していますか。)</p>  | はい・いいえ |
| <p>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、利用者の生活機能向上に資するよう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していますか。</p>   | はい・いいえ |
| <p>個別機能訓練計画に基づき、利用者の生活機能向上を目的とする機能訓練の項目を準備し、理学療法士等が、利用者の心身の状況に応じた機能訓練を適切に行っていますか。</p>  | はい・いいえ |
| <p>機能訓練指導員等が利用者の居宅を訪問した上で、個別機能訓練計画を作成し、その後3月ごとに1回以上、利用者の居宅を訪問した上で、利用者又はその家族に対して、機能訓練の内容を個別機能訓練計画の進捗状況等を説明し、訓練内容の見直し等を行うこととしていますか。</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。<br/>※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】

- 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、柔道整復師又は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「理学療法士等」という。)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。



- 個別機能訓練加算(Ⅰ)に係る機能訓練は、提供時間帯を通じて、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、月曜日から金曜日は常勤の理学療法士等が配置され、それ以外の曜日に非常勤の理学療法士等だけが配置されている場合は、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。(個別機能訓練加算(Ⅱ)の要件に該当している場合は、その算定対象となる。)ただし、個別機能訓練加算(Ⅰ)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必要がある。なお、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ない。
- 個別機能訓練加算(Ⅰ)に係る機能訓練の項目の選択については、機能訓練指導員等が、利用者の生活意欲が増進されるよう利用者の選択を援助し、利用者が選択した項目ごとにグループに分かれて活動することで、心身の状況に応じた機能訓練が適切に提供されることが要件となる。また、機能訓練指導員等は、利用者の心身の状態を勘案し、項目の選択について必要な援助を行わなければならない。
- 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、実施時間、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、実施時間、実施方法等について評価等を行う。なお、地域密着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。
- 日常生活における生活機能維持・向上に関する目標については、利用者又は家族の意向及び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。
- 個別機能訓練を行う場合は、機能訓練指導員等が居宅を訪問した上で利用者の居宅での生活状況(起居動作、ADL、IADL等の状況)を確認し、多職種共同で個別機能訓練計画を作成した上で実施することとし、その後三月ごとに一回以上、利用者の居宅を訪問し、利用者の居宅での生活状況を確認した上で、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、記録するとともに訓練内容の見直し等を行う。また、評価内容や目標の達成度合いについて、当該利用者を担当する介護支援専門員等に適宜報告・相談し、必要に応じて利用者又は家族の意向を確認の上、当該利用者のADL及びIADL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。
- 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業者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(Ⅰ)を算定している者であっても、別途個別機能訓練加算(Ⅱ)に係る訓練を実施した場合は、同一日であっても個別機能訓練加算(Ⅱ)を算定できるが、この場合にあつては、個別機能訓練加算(Ⅰ)に係る常勤専従の機能訓練指導員は、個別機能訓練加算(Ⅱ)に係る機能訓練指導員として従事することはできず、別に個別機能訓練加算(Ⅱ)に係る機能訓練指導員の配置が必要である。また、個別機能訓練加算(Ⅰ)は身体機能への働きかけを中心に行うものであるが、個別機能訓練加算(Ⅱ)は、心身機能への働きかけだけでなく、ADL(食事、排泄、入浴等)やIADL(調理、洗濯、掃除等)などの活動への働きかけや、役割の創出や社会参加の実現といった参加への働きかけを行い、心身機能、活動、参加といった生活機能にバランスよく働きかけるものであり、それぞれの加算の目的・趣旨が異なることから、それぞれの個別機能訓練計画に基づいた適切な訓練を実施する必要がある。なお、それぞれの加算の目的・趣旨に沿った目標設定や実施内容等の項目等については、別に通知するところによるものとする。

## ADL維持等加算チェック表

事業所番号 : \_\_\_\_\_ 事業所名 : \_\_\_\_\_

サービス種類 : 地域密着型通所介護

| 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>①利用者<sup>※1</sup>の総数が20人以上ですか。</p> <p>※1 当該事業所を連続して6月以上利用し、かつ、その利用期間(以下「評価対象利用期間」という。)において5時間以上の地域密着型通所介護費の算定回数が5時間未満の地域密着型通所介護費の算定回数を上回る者に限る。以下同じ。</p>   | はい・いいえ |
| <p>②利用者の総数のうち、評価対象利用期間の初月<sup>※2</sup>において、要介護状態区分が要介護3、要介護4及び要介護5である者の占める割合が100分の15以上ですか。</p> <p>※2 複数の評価対象利用期間の初月が存在する場合は、複数の評価対象利用期間の初月のうち最も早い月とする。以下「評価対象利用開始月」という。</p>  | はい・いいえ |
| <p>③利用者の総数のうち、評価対象利用開始月において、初回の法第27条第1項の要介護認定又は法第32条第1項の要支援認定があった月から起算して12月以内である者の占める割合が100分の15以下ですか。</p>  | はい・いいえ |
| <p>④利用者の総数のうち、評価対象利用開始月と、当該月から起算して6月目において、機能訓練指導員がADLを評価し、その評価に基づく値(以下「ADL値」という。)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が提出されている者(以下「提出者」という。)の占める割合が100分の90以上ですか。</p>  | はい・いいえ |
| <p>⑤評価対象利用開始月から起算して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(以下「ADL利得」という。)が多い順に、提出者の総数の上位100分の85に相当する数(小数点以下切り上げ)の利用者について、次の(1)から(3)までに掲げる区分に応じ、当該(1)から(3)までに定める値を合計して得た値が0以上ですか。</p> <p>(1) ADL利得が0より大きい利用者 1<br/>           (2) ADL利得が0の利用者 0<br/>           (3) ADL利得がま0未満の利用者 -1</p> | はい・いいえ |
| <p>⑥当該事業所の利用者について、算定日が属する月に当該利用者のADL値を測定し、その結果を厚生労働省に提出していますか。(ADL維持等加算(Ⅱ)を算定する場合)</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】

(11)

- ① ADLの評価は、Barthel Index を用いて行うものとする。
- ② 厚生労働大臣が定める基準第16条の2イ(4)におけるADL値の提出は、サービス本体報酬の介護給付費明細書の給付費明細欄の摘要欄に記載することで行う。
- ③ 厚生労働大臣が定める基準第16条の2ロ(2)におけるADL値の提出は、ADL維持等加算(Ⅱ)の介護給付費明細書の給付費明細欄の摘要欄に記載することによって行う。なお、当該提出は、当該提出の月の属する年の1月から12月までが評価対象期間となる際に厚生労働大臣が定める基準第16条の2イ(4)によって求められるADL値の提出を兼ねるものとする。

- ④ 平成30年度の算定については、平成29年1月から12月までの評価対象期間について、厚生労働大臣が定める基準第16条の2イ(1)、(2)、(3)、(4)の「その評価に基づく値(以下この号において「ADL値」という。)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が提出されている者((5)において「提出者」という。)の占める割合」を「その評価に基づく値(以下この(11)において「ADL値」という。)が記録されている者((5)において「被記録者」という。)の占める割合」と読み替えたもの、及び(5)の「提出者」を「被記録者」と読み替えたものを満たすことを示す書類を保存していれば、それを根拠として算定できることとする。
- ⑤ 平成31年度以降に加算を算定する場合であって、加算を算定する年度の初日の属する年の前年の1月から12月までの間に、指定地域密着型サービス介護給付費単位数表の地域密着型通所介護費のイ、ロ又はハの注12に掲げる基準に適合しているものとして市町村長に届け出ている場合には、届出の日から同年12月までの期間を評価対象期間とする。
- ⑥ 提出されたデータについては、国民の健康の保持増進及びその有する能力の維持向上に資するため、適宜活用されるものである。

# 認知症加算チェック表

事業所番号: \_\_\_\_\_ 事業所名: \_\_\_\_\_  
 サービス種類: 地域密着型通所介護

| 項目（算定要件）  | 適否  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |     |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |        |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-----|-------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--------|
| 指定地域密着型サービス基準第20条第1項第二号又は第三号に規定する介護職員又は看護職員の員数に加え、介護職員又は看護職員を常勤換算方法で2以上確保していますか。  | はい・いいえ  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |     |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |        |
| 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  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |     |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |        |
| 対象となる職種に○をつけてください。 介護職員 ・ 看護職員<br><br>加算算定開始予定月の介護職員又は看護職員の員数 <input style="width: 40px; height: 25px;" type="text"/> 人(a) - 指定基準に規定する介護職員又は看護職員の員数 <input style="width: 40px; height: 25px;" type="text"/> 人(b) = <input style="width: 40px; height: 25px;" type="text"/> 人(c) <b>Cが2以上である。</b>  | はい・いいえ  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |     |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |        |
| 指定地域密着型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（一体的運営を行っている場合の第1号通所事業の利用者に関しては計算に含めない）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 <sup>*</sup> の占める割合が20%以上ですか。<br>※ 日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当するものを指す。<br><br>I <前年度の月平均>又はII <前3月の月平均>のいずれか一方を記載してください。<br><br>※前年度の実績が6月に満たない事業所はIIのみ<br><br>I <前年度の月平均><br><table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th></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<br/>a</th> <th>月平均<br/>a÷e</th> <th>割合%</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>利用者総数</td> <td><input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></td> <td style="text-align: right;">/</td> </tr> <tr> <td>日常生活自立度Ⅲ以上の利用者の総数</td> <td><input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></td> </tr> </tbody> </table> <p style="font-size: small;">*「割合」の計算方法 認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の利用者の総数÷利用者総数×100 e: 4月～2月における実績のあった月数</p><br>II <前3月の月平均> ※ 届出を行った月以降においても、直近三月間の職員又は利用者の割合につき、毎月継続的に所定の割合を維持しなければなりません。<br>・ 届出日が属する月の前3月の利用者総数<br>3月前: <input style="width: 40px; height: 25px;" type="text"/> 人 + 2月前: <input style="width: 40px; height: 25px;" type="text"/> 人 + 1月前: <input style="width: 40px; height: 25px;" type="text"/> 人 ÷ 3 = <input style="width: 40px; height: 25px;" type="text"/> 人 (d)<br>このうち、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の利用者の合計<br>3月前: <input style="width: 40px; height: 25px;" type="text"/> 人 + 2月前: <input style="width: 40px; height: 25px;" type="text"/> 人 + 1月前: <input style="width: 40px; height: 25px;" type="text"/> 人 ÷ 3 = <input style="width: 40px; height: 25px;" type="text"/> 人 (e)<br><b>eがdに占める割合 (e÷d×100) = <input style="width: 40px; height: 25px;" type="text"/> %</b> |   | 4月  | 5月  | 6月  | 7月  | 8月  | 9月  | 10月   | 11月   | 12月   | 1月  | 2月  | 合計<br>a   | 月平均<br>a÷e  | 割合% | 利用者総数 | <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> | / | 日常生活自立度Ⅲ以上の利用者の総数 | <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> | はい・いいえ |
|   | 4月  | 5月  | 6月  | 7月  | 8月  | 9月  | 10月   | 11月   | 12月   | 1月  | 2月  | 合計<br>a   | 月平均<br>a÷e  | 割合%   |     |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |        |
| 利用者総数   | <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> | /   |     |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |        |
| 日常生活自立度Ⅲ以上の利用者の総数   | <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> |     |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |        |
| 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、認知症介護に係る実践的な研修等（認知症介護指導者養成研修、認知症介護実践リーダー研修、認知症介護実践者研修）を修了した者を1名以上配置していますか。<br><br>（認知症介護指導者養成研修、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の氏名を下記に記載してください。）  | はい・いいえ  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |     |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |        |

|   |        |
|---|--------|
| 認知症介護指導者養成研修、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証を添付していますか  | 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。<br>※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】

- 常勤換算方法による職員数の算定方法は、(8)①を参照のこと。
- 「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」とは、日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する者を指すものとし、これらの者の割合については、前年度(3月を除く。)又は届出日の属する月の前3月の1月当たりの実績の平均について、利用実人員数又は利用延人員数を用いて算定するものとし、要支援者に関しては人員数には含めない。
- 利用実人員数又は利用延人員数の割合の計算方法は、(8)③を参照のこと。
- 「認知症介護の指導に係る専門的な研修」とは、「認知症介護実践者等養成事業の実施について」(平成18年3月31日老発第0331010号厚生労働省老健局長通知)及び「認知症介護実践者等養成事業の円滑な運営について」(平成18年3月31日老計発第0331007号厚生労働省計画課長通知)に規定する「認知症介護指導者養成研修」を指すものとする。
- 「認知症介護に係る専門的な研修」とは、「認知症介護実践者等養成事業の実施について」及び「認知症介護実践者等養成事業の円滑な運営について」に規定する「認知症介護実践リーダー研修」を指すものとする。
- 「認知症介護に係る実践的な研修」とは、「認知症介護実践者等養成事業の実施について」及び「認知症介護実践者等養成事業の円滑な運営について」に規定する「認知症介護実践者研修」を指すものとする。
- 認知症介護指導者養成研修、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は、指定地域密着型通所介護を行う時間帯を通じて1名以上配置する必要がある。
- 認知症加算については、日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する者に対して算定することができる。また、注7の中重度者ケア体制加算の算定要件も満たす場合は、認知症加算の算定とともに中重度者ケア体制加算も算定できる。
- 認知症加算を算定している事業所にあつては、認知症の症状の進行の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することとする。

## 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： 地域密着型通所介護

| 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（介護保険法施行令（平成10年政令第412号）第2条第6号に規定する初老期における認知症によって法第7条第3項に規定する要介護者となった者をいう。以下同じ。）に対して指定地域密着型通所介護サービスを行っていますか。 |                             | はい・いいえ |
| 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、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。<br>※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 |

### 【解釈通知内容】

- 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 : 地域密着型通所介護

| 項目（算定要件）   | 適否     |
|--|--------|
| <p>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。<br/>                     （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。）</p> <p>氏名 _____ 連携先の事業所 _____<br/>                     ( _____ ) ( _____ )</p> <p>管理栄養士の資格証を添付していますか。</p> | はい・いいえ |
| <p>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」という。）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することとしていますか。</p>   | はい・いいえ |
| <p>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することとしていますか。</p>  | はい・いいえ |
| <p>利用者ごとの栄養ケア計画の進捗状況を定期的に評価することとしていますか。</p>  | はい・いいえ |
| <p>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、員数の職員を配置することとしていますか。</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。<br/>                     ※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】

- 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、次のイからホのいずれかに該当する者であって、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「地域支援事業の実施について」（平成18年6月9日老発第0609001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3.5g/dl以下である者
  - ニ 食事摂取量が不良（75%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る者

なお、次のような問題を有する者については、上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
  - ・ 褥瘡に関する問題

- ・ 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、管理栄養士が中心となって、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、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、地域密着型通所介護においては、栄養ケア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、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、その結果を当該利用者を担当する介護支援専門員や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37条において準用する第3条の18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 おおむね3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。



## 口腔機能向上体制チェック表

事業所番号： \_\_\_\_\_ 事業所名： \_\_\_\_\_

サービス種類： 地域密着型通所介護

| 項目（算定要件）  | 適否     |
|---|--------|
| 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。<br>（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記に記載してください。）<br>資格      氏名                    | はい・いいえ |
| 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。  | はい・いいえ |
| 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することとしていますか。                       | はい・いいえ |
| 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っているとともに、利用者の口腔機能を定期的に記録することとしていますか。                             | はい・いいえ |
| 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することとしていますか。  | 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、員数の職員を配置することとしていますか。   | 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。<br>※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 |

### 【解釈通知内容】

- 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。
- 言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員を1名以上配置して行うものであること。
- 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3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3項目のうち、2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
- 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。
- 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、利用者ごとの口腔衛生、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、地域密着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3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37条において準用する第3条の18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。
- おおむね3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

## 個別送迎体制強化加算チェック表

事業所番号

事業所名

サービス種類

療養通所介護

| 項目（算定要件）  | 適否     |
|---|--------|
| 指定療養通所介護事業所における2名以上の従事者により、個別に送迎を行うこととしていますか。   | はい・いいえ |
| 当該従事者のうち1名は、看護師又は准看護師ですか。   | 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。<br>※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 |

### 【解釈通知内容】

- 個別送迎体制強化加算は、療養通所介護計画上、個別送迎の提供が位置づけられている場合であっても、利用者側の事情により、個別送迎を実施しなかった場合については算定できな

## 入浴介助体制強化加算チェック表

事業所番号

事業所名

サービス種類

療養通所介護

| 項目（算定要件）  | 適否     |
|---|--------|
| 指定療養通所介護事業所における2名以上の従事者により、個別に入浴介助を行うこととしていますか。   | はい・いいえ |
| 当該従事者のうち1名は、看護師又は准看護師ですか。   | 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。<br>※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 |

### 【解釈通知内容】

- 入浴介助体制強化加算は、療養通所介護計画上、入浴介助の提供が位置づけられている場合であっても、利用者側の事情により、入浴介助を実施しなかった場合については算定できな

# 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: 地域密着型通所介護

| 項目 (算定要件)   | 適否     |    |    |    |    |    |     |     |     |     |    |         |                   |                   |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |
|---|--------|----|----|----|----|----|-----|-----|-----|-----|----|---------|-------------------|-------------------|---------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----|--|
| 介護職員の総数うち、介護福祉士の占める割合が100分の50以上ですか。<br>※介護職員の総数＝常勤換算方法により算出した総数   | はい・いいえ |    |    |    |    |    |     |     |     |     |    |         |                   |                   |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |
| <b>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)</b>  |        |    |    |    |    |    |     |     |     |     |    |         |                   |                   |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |
| <b>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</b>   |        |    |    |    |    |    |     |     |     |     |    |         |                   |                   |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 5%;">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<br/>a</th> <th>月平均<br/>a÷e<br/>(c)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>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>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<br>a           | 月平均<br>a÷e<br>(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<br>a | 月平均<br>a÷e<br>(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)               |                   |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |
| ・dがcに占める割合 $(d \div c \times 100) = \underline{\hspace{2cm}} \%$  |        |    |    |    |    |    |     |     |     |     |    |         |                   |                   |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |
| <b>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)</b>  |        |    |    |    |    |    |     |     |     |     |    |         |                   |                   |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |
| ・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)<br>3月前: _____ 人 + 2月前: _____ 人 + 1月前: _____ 人 ÷ 3 = _____ 人(c)  |        |    |    |    |    |    |     |     |     |     |    |         |                   |                   |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |
| ・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<br>3月前: _____ 人 + 2月前: _____ 人 + 1月前: _____ 人 ÷ 3 = _____ 人(d)  |        |    |    |    |    |    |     |     |     |     |    |         |                   |                   |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |
| ・dがcに占める割合 $(d \div c \times 100) = \underline{\hspace{2cm}} \%$  |        |    |    |    |    |    |     |     |     |     |    |         |                   |                   |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |
| 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 |    |    |    |    |    |     |     |     |     |    |         |                   |                   |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |
| 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。<br>※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】**

- 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。ただし、前年度の実績が6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3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、4月日以降届出が可能となるものであること。なお、介護福祉士又は実務者研修修了者若しくは介護職員基礎研修課程修了者については、各月の前月の末日時点で資格を取得している又は研修の課程を修了している者とする。
- 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3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。
- 勤続年数とは、各月の前月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。
- 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。
- 指定地域密着型通所介護を利用者に直接提供する職員又は指定療養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。

# 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: 地域密着型通所介護

| 項目 (算定要件)   | 適否     |    |    |    |    |    |     |     |     |     |    |         |                   |                   |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |
|---|--------|----|----|----|----|----|-----|-----|-----|-----|----|---------|-------------------|-------------------|---------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----|----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----|--|
| 介護職員の総数うち、介護福祉士の占める割合が100分の40以上ですか。<br>※介護職員の総数＝常勤換算方法により算出した総数   | はい・いいえ |    |    |    |    |    |     |     |     |     |    |         |                   |                   |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |
| <b>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)</b>   |        |    |    |    |    |    |     |     |     |     |    |         |                   |                   |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |
| <b>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</b>   |        |    |    |    |    |    |     |     |     |     |    |         |                   |                   |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <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<br/>a</th> <th>月平均<br/>a÷e<br/>(c)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>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>(c)</td> </tr> <tr> <td>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<br>a           | 月平均<br>a÷e<br>(c) | 常勤換算後の介護職員の員数 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | (c) | 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<br>a | 月平均<br>a÷e<br>(c) |                   |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |
| 常勤換算後の介護職員の員数   |        |    |    |    |    |    |     |     |     |     |    |         | (c)               |                   |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |
| 常勤換算後の介護福祉士の員数  |        |    |    |    |    |    |     |     |     |     |    |         | (d)               |                   |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |
| ・ dがcに占める割合 (d÷c×100) = _____ %   |        |    |    |    |    |    |     |     |     |     |    |         |                   |                   |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |
| <b>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)</b>  |        |    |    |    |    |    |     |     |     |     |    |         |                   |                   |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |
| ・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)   |        |    |    |    |    |    |     |     |     |     |    |         |                   |                   |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |
| 3月前: _____ 人 + 2月前: _____ 人 + 1月前: _____ 人 ÷ 3 = _____ 人(c)   |        |    |    |    |    |    |     |     |     |     |    |         |                   |                   |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |
| ・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   |        |    |    |    |    |    |     |     |     |     |    |         |                   |                   |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |
| 3月前: _____ 人 + 2月前: _____ 人 + 1月前: _____ 人 ÷ 3 = _____ 人(d)   |        |    |    |    |    |    |     |     |     |     |    |         |                   |                   |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |
| ・dがcに占める割合 (d÷c×100) = _____ %  |        |    |    |    |    |    |     |     |     |     |    |         |                   |                   |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |
| 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 |    |    |    |    |    |     |     |     |     |    |         |                   |                   |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |
| 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。<br>※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】**

- 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。ただし、前年度の実績が6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3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、4月目以降届出が可能となるものであること。なお、介護福祉士又は実務者研修修了者若しくは介護職員基礎研修課程修了者については、各月の前月の末日時点で資格を取得している又は研修の課程を修了している者とする。
- 前号ただし書の場合にあっては、届出を行った月以降においても、直近3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。
- 勤続年数とは、各月の前月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。
- 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。
- 指定地域密着型通所介護を利用者に直接提供する職員又は指定療養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。

# 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: 地域密着型通所介護

| 項目(算定要件)   | 適否     |    |    |    |    |    |     |     |     |     |    |         |                   |                   |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |
|--|--------|----|----|----|----|----|-----|-----|-----|-----|----|---------|-------------------|-------------------|-----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----|--|
| 当該指定地域密着型通所介護事業所の利用者に直接提供する職員の総数うち、勤続年数3年以上者の占める割合が100分の30以上ですか。<br>※直接提供する職員の総数＝常勤換算方法により算出した総数<br>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)   | はい・いいえ |    |    |    |    |    |     |     |     |     |    |         |                   |                   |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |
| <b>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</b>  |        |    |    |    |    |    |     |     |     |     |    |         |                   |                   |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <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<br/>a</th> <th>月平均<br/>a÷e<br/>(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> | 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<br>a           | 月平均<br>a÷e<br>(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<br>a | 月平均<br>a÷e<br>(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)               |                   |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |
| ・dがcに占める割合 $(d \div c \times 100) = \underline{\hspace{2cm}} \%$   |        |    |    |    |    |    |     |     |     |     |    |         |                   |                   |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |
| <b>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)</b>   |        |    |    |    |    |    |     |     |     |     |    |         |                   |                   |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |
| ・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)   |        |    |    |    |    |    |     |     |     |     |    |         |                   |                   |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |
| 3月前: _____ 人 + 2月前: _____ 人 + 1月前: _____ 人 $\div 3 = \underline{\hspace{2cm}}$ 人(c)  |        |    |    |    |    |    |     |     |     |     |    |         |                   |                   |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |
| ・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)  |        |    |    |    |    |    |     |     |     |     |    |         |                   |                   |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |
| 3月前: _____ 人 + 2月前: _____ 人 + 1月前: _____ 人 $\div 3 = \underline{\hspace{2cm}}$ 人(d)  |        |    |    |    |    |    |     |     |     |     |    |         |                   |                   |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |
| ・dがcに占める割合 $(d \div c \times 100) = \underline{\hspace{2cm}} \%$   |        |    |    |    |    |    |     |     |     |     |    |         |                   |                   |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |
| 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 |    |    |    |    |    |     |     |     |     |    |         |                   |                   |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |
| 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。<br>※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】**

- 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。ただし、前年度の実績が6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3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、4月日以降届出が可能となるものであること。なお、介護福祉士又は実務者研修修了者若しくは介護職員基礎研修課程修了者については、各月の前月の末日時点で資格を取得している又は研修の課程を修了している者とする。
- 前号ただし書の場合にあっては、届出を行った月以降においても、直近3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。
- 勤続年数とは、各月の前月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。
- 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。
- 指定地域密着型通所介護を利用者に直接提供する職員又は指定療養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。

# サービス提供体制強化加算(Ⅲ) チェック表

事業所番号: \_\_\_\_\_ 事業所名: \_\_\_\_\_  
 サービス種類: 地域密着型通所介護

| 項目(算定要件)  | 適否     |    |    |    |    |    |     |     |     |     |    |                 |                 |            |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |
|---|--------|----|----|----|----|----|-----|-----|-----|-----|----|-----------------|-----------------|------------|-----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----|------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----|--|
| 当該指定療養通所介護事業所の利用者に直接提供する職員の総数うち、勤続年数3年以上者の占める割合が100分の30以上ですか。<br>※直接提供する職員の総数＝常勤換算方法により算出した総数   | はい・いいえ |    |    |    |    |    |     |     |     |     |    |                 |                 |            |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |
| 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)  |        |    |    |    |    |    |     |     |     |     |    |                 |                 |            |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |
| 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  |        |    |    |    |    |    |     |     |     |     |    |                 |                 |            |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <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<sup>a</sup></th> <th>月平均<br/>a÷e</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>(c)</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> | 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 <sup>a</sup> | 月平均<br>a÷e | 常勤換算後の直接提供職員の員数 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | (c) | 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 <sup>a</sup> | 月平均<br>a÷e      |            |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |
| 常勤換算後の直接提供職員の員数   |        |    |    |    |    |    |     |     |     |     |    |                 | (c)             |            |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |
| 勤続3年以上の直接提供職員の常勤換算後の員数  |        |    |    |    |    |    |     |     |     |     |    |                 | (d)             |            |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |
| ・dがcに占める割合 $(d \div c \times 100) = \underline{\hspace{2cm}} \%$  |        |    |    |    |    |    |     |     |     |     |    |                 |                 |            |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |
| 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)   |        |    |    |    |    |    |     |     |     |     |    |                 |                 |            |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |
| ・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)  |        |    |    |    |    |    |     |     |     |     |    |                 |                 |            |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |
| 3月前: _____ 人 + 2月前: _____ 人 + 1月前: _____ 人 ÷ 3 = _____ 人(c)   |        |    |    |    |    |    |     |     |     |     |    |                 |                 |            |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |
| ・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)   |        |    |    |    |    |    |     |     |     |     |    |                 |                 |            |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |
| 3月前: _____ 人 + 2月前: _____ 人 + 1月前: _____ 人 ÷ 3 = _____ 人(d)   |        |    |    |    |    |    |     |     |     |     |    |                 |                 |            |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |
| ・dがcに占める割合 $(d \div c \times 100) = \underline{\hspace{2cm}} \%$  |        |    |    |    |    |    |     |     |     |     |    |                 |                 |            |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |
| 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 |    |    |    |    |    |     |     |     |     |    |                 |                 |            |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |
| 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。<br>※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】**

- 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。ただし、前年度の実績が6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3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、4月日以降届出が可能となるものであること。なお、介護福祉士又は実務者研修修了者若しくは介護職員基礎研修課程修了者については、各月の前月の末日時点で資格を取得している又は研修の課程を修了している者とする。
- 前号ただし書の場合にあっては、届出を行った月以降においても、直近3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。
- 勤続年数とは、各月の前月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。
- 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。
- 指定地域密着型通所介護を利用者に直接提供する職員又は指定療養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。



(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名及び氏名

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。

○ 療養通所介護体制届出書兼チェックリスト

事業所名

1. 管理者は常勤の看護師ですか。(添付書類①)

(訪問看護に従事した経験があること)

( ①はい・ ②いいえ )

登録番号

2. 利用者の数 1. 5名に対して、提供時間帯を通じて専従する看護職員又は介護職員を1名以上確保(このうち1名以上は、常勤の看護師であることが必要)することとしています  
利用者数

( ①はい・ ②いいえ )

看護職員等の数(うち、常勤の看護師の数)

3. 定員は18名以下ですか。

( ①はい・ ②いいえ )

定員

4. 療養通所介護を行うのにふさわしい専用の部屋を利用者一人あたり6.4㎡以上確保していますか。

( ①はい・ ②いいえ )

5. 同一敷地内又は、隣接若しくは近接している緊急時対応医療機関を定めていますか。

(添付書類②)

医療機関名

( ①はい・ ②いいえ )

6. 安全・サービス提供管理委員会を設置することとしていますか。

( ①はい・ ②いいえ )

(添付書類③)

添付書類として下記の書類を提出してください。

- ・ 添付書類① 管理者の資格証の写し
- ・ 添付書類② 医療機関との取り決めの内容が記載された契約書等
- ・ 添付書類③ 安全・サービス提供管理委員会の設置要領及び構成メンバー一覧表