

地域密着型サービス介護給付費加算自己点検シート  
(加算編)

「指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準」  
平成18年3月14日 厚生労働省告示第126号

## 609 地域密着型通所介護費

※平成30年度、令和元年度の状況を記入してください。

点検項目	算定状況	点検事項	点検結果	
定員超過減算	有・無	月間の平均利用者数が運営規程の利用定員を超過	<input type="checkbox"/> 該当	
人員基準減算	有・無		<input type="checkbox"/> 該当	
8～9時間の前後に行 う日常生活上の世話	有・無	8時間以上9時間未満のサービス提供	<input type="checkbox"/> 実施	※宿泊サービスの前後において 算定不可
		9時間以上10時間未満	<input type="checkbox"/> 50単位	
		10時間以上11時間未満	<input type="checkbox"/> 100単位	
		11時間以上12時間未満	<input type="checkbox"/> 150単位	
		12時間以上13時間未満	<input type="checkbox"/> 200単位	
		13時間以上14時間未満	<input type="checkbox"/> 250単位	
入浴介助加算	有・無	入浴介助を適切に行うことのできる人員及び設備	<input type="checkbox"/> 満たす	
		通所介護計画上の位置づけ	<input type="checkbox"/> あり	
		入浴介助の実施	<input type="checkbox"/> 実施	
中重度者ケア体制加算	有・無	基準の員数に加え看護職員又は介護職員を常勤換算で2以上確保	<input type="checkbox"/> 該当	
		前年度又は算定日が属する月の前3月の利用者総数のうち、要介護3以上の者の占める割合が3割以上（利用実人員数又は利用延人員数）	<input type="checkbox"/> 該当	要支援者を除く 割合の計算書
		サービス提供時間帯を通じて専ら通所介護の提供に当たる看護職員を1名以上配置	<input type="checkbox"/> 配置	配置日のみ算定可 他の職務との兼務不可 加配職員の時間数に算入不可
		社会性維持、在宅生活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	<input type="checkbox"/> 該当	
		共生型地域密着型通所介護を行う場合の算定をしていない	<input type="checkbox"/> 算定なし	

点検項目	算定状況	点検事項	点検結果		
生活機能向上連携加算	有・無	(1) 訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション事業所又はリハビリを実施している医療提供施設の理学療法士等が、通所介護事業所を訪問し、通所介護事業所の機能訓練指導員等と共同で、アセスメントと身体状況等評価を行い個別機能訓練計画を作成	<input type="checkbox"/>	該当	アセスメント記録 個別機能訓練計画（目標、実施時間、実施方法等）又は相当する内容を盛り込んだ通所介護計画 医療提供施設は200床未満又は当該病院の半径4km以内に診療所がないもの
		(2) (1)の際、理学療法士等が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っている	<input type="checkbox"/>	該当	
		(3) 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て計画的に機能訓練を適切に提供している	<input type="checkbox"/>	該当	
		(4) 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機能訓練の内容・評価と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	<input type="checkbox"/>	該当	
		(5) 各月の評価内容や目標達成度について、機能訓練指導員等が、利用者又は家族及び理学療法士等に報告相談し、必要に応じて利用者又は家族の意向を確認の上、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っている	<input type="checkbox"/>	該当	
		(6) 個別機能訓練に関する記録を利用者ごとに保管、常に機能訓練指導員等により閲覧が可能	<input type="checkbox"/>	該当	個別機能訓練に関する記録（実施時間、内容、担当者等）
		個別機能訓練加算を算定している場合は月100単位	<input type="checkbox"/>	該当	
個別機能訓練加算Ⅰ 【次頁に続く】	有・無	サービス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機能訓練指導員（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、きゆう師）を1名以上配置	<input type="checkbox"/>	配置	配置日のみ算定可 はり師及びきゆう師は理学療法士、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があること

点検項目	算定状況	点検事項	点検結果	
個別機能訓練加算Ⅰ 【前頁から続き】	有・無	利用者の自立支援、日常生活の充実に資するよう複数種の機能訓練の項目を準備。項目の選択にあたり利用者の生活意欲が増進されるよう援助し、適切な機能訓練を実施	<input type="checkbox"/> 該当	
		機能訓練指導員、看護・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同意を得て、計画的に機能訓練を実施	<input type="checkbox"/> 該当	個別機能訓練計画書又は相当する内容を盛り込んだ通所介護計画
		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月に1回以上利用者の居宅を訪問した上で、機能訓練の内容と計画の進捗状況を利用者又は家族へ説明し訓練内容の見直しを行っている	<input type="checkbox"/> 該当	
		個別機能訓練に関する記録を利用者ごとに保管、常に個別機能訓練の従事者により閲覧が可能な状態である	<input type="checkbox"/> 該当	個別機能訓練に関する記録（実施時間、内容、担当者等）
		評価内容、目標の達成度合について、担当の介護支援専門員に報告し、利用者・家族の意向を確認の上、ADL等の改善状況を踏まえて目標、訓練内容の見直しを行っている	<input type="checkbox"/> 該当	
個別機能訓練加算Ⅱ  【次頁に続く】	有・無	専ら機能訓練指導員の職務に従事する機能訓練指導員（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、きゅう師）を1名以上配置	<input type="checkbox"/> 配置	配置日のみ算定可 はり師及びきゅう師は理学療法士、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があること
		ADL等の状況を把握し、日常生活機能の維持向上に関するもので、利用者の意欲の向上につながるよう段階的・具体的な目標を設定	<input type="checkbox"/> 該当	
		機能訓練指導員等が共同して、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、同意を得る	<input type="checkbox"/> 該当	個別機能訓練計画書又は相当する内容を盛り込んだ通所介護計画
		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提供	<input type="checkbox"/> 該当	

点検項目	算定状況	点検事項	点検結果	
個別機能訓練加算Ⅱ 【前頁から続き】		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月に1回以上利用者の居宅を訪問した上で、機能訓練の内容と計画の進捗状況を利用者又は家族へ説明し訓練内容の見直しを行っている	<input type="checkbox"/> 該当	長期宿泊サービス利用者等居宅を訪問できない利用者は算定不可
		類似の目標を持ち、同様の訓練を行う5人程度以下の小集団（個別対応含む）に対し機能訓練指導員が実践的かつ反復的な訓練を直接行っている	<input type="checkbox"/> 実施	適切な時間設定（訓練の目的・趣旨を損なうような著しく短時間の訓練は不適切） 概ね週1回以上
		個別機能訓練に関する記録を利用者ごとに保管、常に個別機能訓練の従事者により閲覧が可能な状態である	<input type="checkbox"/> 該当	個別機能訓練に関する記録（実施時間、内容、担当者等）
		評価内容、目標の達成度合について、担当の介護支援専門員に報告し、利用者・家族の意向を確認の上、ADL等の改善状況を踏まえて目標、訓練内容の見直しを行っている	<input type="checkbox"/> 該当	
ADL維持等加算（Ⅰ）	有・無	(1)利用者（評価期間（前々年度1月～前年度12月）内に連続して6月以上利用実績があり、その利用期間（評価対象利用期間）中、5時間以上の通所介護算定回数が5時間未満の通所介護算定回数を上回る者に限る）が20名以上	<input type="checkbox"/> 該当	基準を満たすことを示す書類
		(2)(1)の利用者のうち、評価対象利用開始月（評価対象利用期間の初月（複数ある場合は最も早い月）において、要介護3～5の利用者が占める割合が15%以上	<input type="checkbox"/> 該当	基準を満たすことを示す書類
		(3)(1)の利用者のうち、評価対象利用開始月において、初回認定月から12月以内の利用者が占める割合が15%以下	<input type="checkbox"/> 該当	基準を満たすことを示す書類
		(4)(1)の利用者のうち、提出者（評価対象利用開始月と6月目に、機能訓練指導員がBarthel indexを用いてADLを評価、ADL値を測定し、測定月毎に厚生労働省へ測定値が提出されている者）が占める割合が90%以上	<input type="checkbox"/> 該当	基準を満たすことを示す書類 介護給付費明細書の給付費明細欄の摘要欄 （平成30年度にあっては厚生労働省への提出を除く）
【次頁に続く】				

点検項目	算定状況	点検事項	点検結果	
ADL維持等加算（Ⅰ） 【前頁から続き】		(5) 6月目のADL値から評価対象利用開始月のADL値を控除して得た値（ADL利得）が多い順に、提出者の上位85%（1未満の端数切り上げ）の者について、 ADL利得>0の者 →1 ADL利得=0の者 →0 ADL利得<0の者 →-1 として合計した数字が0以上である	<input type="checkbox"/> 該当	基準を満たすことを示す書類（平成30年度にあつては「提出者」を「ADL値が記録されている者」と置き換える）
		ADL維持等加算（Ⅱ）を算定していない	<input type="checkbox"/> 算定なし	
ADL維持等加算（Ⅱ）	有・無	ADL維持等加算（Ⅰ）の(1)から(5)の基準に適合している	<input type="checkbox"/> 該当	ADL維持等加算（Ⅰ）の(1)から(5)参照
		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る	<input type="checkbox"/> 該当	介護給付費明細書の給付費明細欄の摘要欄
		ADL維持等加算（Ⅰ）を算定していない	<input type="checkbox"/> 算定なし	
認知症加算	有・無	基準の員数に加え看護職員又は介護職員を常勤換算で2以上確保	<input type="checkbox"/> 該当	
		前年度又は算定日が属する月の前3月の利用者総数のうち、認知症日常生活自立度Ⅲ以上の者の占める割合が2割以上（利用実人員数又は利用延人員数）	<input type="checkbox"/> 該当	要支援者を除く割合の計算書
		サービス提供時間帯を通じて専ら通所介護の提供に当たる認知症介護に係る研修修了者（認知症介護指導者研修、認知症介護実践リーダー研修、認知症介護実践者研修）を1名以上配置	<input type="checkbox"/> 配置	配置日のみ算定可
		認知症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	<input type="checkbox"/> 該当	
		共生型地域密着型通所介護を行う場合の算定をしていない	<input type="checkbox"/> 算定なし	

点検項目	算定状況	点検事項	点検結果		
若年性認知症利用者受入加算	有・無	若年性認知症利用者ごとに個別に担当者を定める	<input type="checkbox"/>	該当	
		担当者中心に利用者の特性やニーズに応じた適切なサービス提供	<input type="checkbox"/>	実施	
		認知症加算を算定していない	<input type="checkbox"/>	算定なし	
栄養改善加算	有・無	事業所従業者として、または外部との連携により管理栄養士を1名以上配置	<input type="checkbox"/>	配置	
		対象者は低栄養状態（下記(1)から(4)、その他)にある、又はそのおそれがあり栄養改善サービス提供の必要があると認められる (1)BMIが18.5未満 (2)1～6月間で3%以上の体重減少又は「地域支援事業の実施について」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 (3)血清アルブミン値が3.5g/dl以下 (4)食事摂取量が不良（75%以下）	<input type="checkbox"/>	該当	
		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・介護職員、生活相談員等が共同し利用者ごとに栄養ケア計画を作成	<input type="checkbox"/>	該当	栄養ケア計画又は相当する内容を盛り込んだ通所介護計画
		利用者等に対する計画の説明及び同意の有無	<input type="checkbox"/>	あり	
		計画に基づく管理栄養士等の栄養改善サービスの提供、栄養状態の定期的な記録	<input type="checkbox"/>	あり	栄養ケア提供経過記録
		栄養ケア計画の評価（体重測定等）、介護支援専門員等に対する情報提供	<input type="checkbox"/>	3月ごとに実施	栄養ケアモニタリング
		定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/>	あり	
		月の算定回数	<input type="checkbox"/>	2回以下	
栄養スクリーニング加算	有・無	利用開始時及び利用中6か月毎に栄養状態を確認（下記(1)から(4)に関する）し、確認した情報を担当の介護支援専門員に提供している (1)BMIが18.5未満 (2)1～6月間で3%以上の体重減少又は「地域支援事業の実施について」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 (3)血清アルブミン値が3.5g/dl以下	<input type="checkbox"/>	該当	栄養スクリーニング記録 介護支援専門員への提供記録等
		定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/>	あり	
		栄養改善加算算定中および終了月は算定していない	<input type="checkbox"/>	算定なし	栄養スクリーニングの結果、栄養改善加算のサービスが必要と認められた場合は、同月に算定
		他事業所で算定していない	<input type="checkbox"/>	算定なし	加算算定事業所はサービス担当者会議で決定

点検項目	算定状況	点検事項	点検結果	
口腔機能向上加算	有・無	言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員を1名以上配置	<input type="checkbox"/> 配置	
		対象者は口腔機能低下状態にある、又はそのおそれがあり口腔機能向上サービス提供の必要があると認められる	<input type="checkbox"/> 該当	
		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・介護職員、生活相談員等が共同し利用者ごとに口腔機能改善管理指導計画を作成	<input type="checkbox"/> 該当	口腔機能改善管理指導計画・実施記録又は相当する内容を盛り込んだ通所介護計画
		医療における対応の必要性の有無	<input type="checkbox"/> なし	
		利用者等に対する計画の説明及び同意の有無	<input type="checkbox"/> あり	
		計画に基づく言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員による口腔機能向上サービスの提供、定期的な記録作成	<input type="checkbox"/> あり	口腔機能改善管理指導計画・実施記録
		利用者毎の計画の進捗状況を定期的に評価、ケアマネ等への情報提供	<input type="checkbox"/> 3月ごとに実施	口腔機能向上サービスのモニタリング
		定員、人員基準に適合 月の算定回数	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 2回以下	
同一建物減算	有・無	事業所と同一建物に居住又は同一建物から通所	<input type="checkbox"/> 該当	
送迎減算	有・無	送迎を実施していない（利用者自ら通う、家族が送迎する等）	<input type="checkbox"/> 該当	片道ごとに減算
		通所介護計画に往復か片道かを位置づけている	<input type="checkbox"/> 該当	
サービス提供体制強化加算Ⅰイ	有・無	介護職員の総数のうち介護福祉士の数5割以上 定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 該当	割合の計算書
サービス提供体制強化加算Ⅰロ	有・無	介護職員の総数のうち介護福祉士の数4割以上 定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 該当	割合の計算書
サービス提供体制強化加算Ⅱ	有・無	直接処遇職員の総数のうち勤続年数3年以上の者3割以上	<input type="checkbox"/> 該当	割合の計算書
		定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	
サービス提供体制強化加算Ⅲ （療養通所介護のみ）	有・無	直接処遇職員の総数のうち勤続年数3年以上の者3割以上	<input type="checkbox"/> 該当	割合の計算書
		定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	
個別送迎体制強化加算 （療養通所介護のみ）	有・無	2名以上の従業者による個別に送迎	<input type="checkbox"/> 実施	
		療養通所介護計画上の位置づけ	<input type="checkbox"/> あり	
		当該従業者のうち1名が、看護師又は准看護師	<input type="checkbox"/> 該当	
入浴介助体制強化加算 （療養通所介護のみ）	有・無	2名以上の従業者による個別に入浴介助	<input type="checkbox"/> 実施	
		療養通所介護計画上の位置づけ	<input type="checkbox"/> あり	
		当該従業者のうち1名が、看護師又は准看護師	<input type="checkbox"/> 該当	
生活相談員配置等加算 （共生型のみ）	有・無	生活相談員を1名以上配置している	<input type="checkbox"/> 配置	
		地域貢献活動を行っている	<input type="checkbox"/> 該当	

点検項目	算定状況	点検事項	点検結果		
介護職員処遇改善加算 (Ⅰ)	有・無	(1) 賃金改善に関する計画の策定、計画に基づく措置	<input type="checkbox"/>	あり	改善計画書
		(2) 改善計画書の作成、全ての介護職員に周知、届出	<input type="checkbox"/>	あり	改善計画書
		(3) 賃金改善の実施	<input type="checkbox"/>	あり	職員ごとの支払状況がわかるもの
		(4) 処遇改善に関する実績の報告	<input type="checkbox"/>	あり	実績報告書
		(5) 前12月間に法令違反し、罰金以上の刑	<input type="checkbox"/>	なし	
		(6) 労働保険料の適正な納付	<input type="checkbox"/>	適正に納付	
		(7) 次の(一)、(二)、(三)のいずれにも適合	<input type="checkbox"/>		
		(一)任用の際の職責又は職務内容等の要件（介護職員の賃金に関するものを含む）を定め、書面で作成し、全ての介護職員に周知	<input type="checkbox"/>	あり	就業規則等
		(二)資質の向上の支援に関する計画の策定、研修の実施又は研修の機会を確保し、全ての介護職員に周知	<input type="checkbox"/>	あり	研修計画書
		(三)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に昇給を判定する仕組みを設け、明確な根拠規定を書面で作成し、全ての介護職員に周知	<input type="checkbox"/>	あり	就業規則等
(8) 平成27年4月から改善計画書の届出日の属する月の前月までに実施した処遇改善の内容（賃金改善を除く）及び処遇改善に要した費用を全ての職員に周知	<input type="checkbox"/>	あり			
介護職員処遇改善加算 (Ⅱ)	有・無	上記加算Ⅰ(1)～(6)、(8)に掲げる基準のいずれにも適合	<input type="checkbox"/>	該当	
		(7) 次の(一)、(二)のいずれにも適合	<input type="checkbox"/>		
		(一)任用の際の職責又は職務内容等の要件（介護職員の賃金に関するものを含む）を定め、書面で作成し、全ての介護職員に周知	<input type="checkbox"/>	あり	就業規則等
		(二)資質の向上の支援に関する計画の策定、研修の実施又は研修の機会を確保し、全ての介護職員に周知	<input type="checkbox"/>	あり	研修計画書

点検項目	算定状況	点検事項	点検結果		
介護職員処遇改善加算 (Ⅲ)	有・無	上記加算Ⅰ(1)～(6)に掲げる基準のいずれにも適合	<input type="checkbox"/>	該当	
		(7) 次の(一)、(二)のいずれかに適合	<input type="checkbox"/>		
		(一)任用の際の職責又は職務内容等の要件(介護職員の賃金に関するものを含む)を定め、書面で作成し、全ての介護職員に周知	<input type="checkbox"/>	あり	就業規則等
		(二)資質の向上の支援に関する計画の策定、研修の実施又は研修の機会を確保し、全ての介護職員に周知	<input type="checkbox"/>	あり	研修計画書
		(8)平成20年10月から、改善計画書の届出日の属する月の前月までに実施した、処遇改善の内容(賃金改善を除く)及び処遇改善に要した費用を全ての職員に周知	<input type="checkbox"/>	あり	
介護職員処遇改善加算 (Ⅳ)	有・無	上記加算Ⅰ(1)～(6)に掲げる基準のいずれにも適合し、かつ、上記加算Ⅲ(7)又は(8)に掲げる基準のいずれかに適合	<input type="checkbox"/>	該当	就業規則等、研修計画書
介護職員処遇改善加算 (Ⅴ)	有・無	上記加算Ⅰ(1)～(6)に掲げる基準のいずれにも適合	<input type="checkbox"/>	該当	