

様式1

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 予防型通所介護サービス

項目(算定要件)	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

様式2

生活機能向上グループ活動加算 チェック表

事業所番号

事業所名

サービス種類 予防型通所介護サービス

項目(算定要件)	適否
生活相談員、看護職員、介護職員、機能訓練指導員、その他事業所の従業者が共同して、利用者ごとに生活機能の向上の目標を設定したサービス計画を作成していますか。	はい・いいえ
サービス計画の作成及び実施において利用者の生活機能の向上に資するよう複数の種類の生活機能向上グループ活動サービスの項目を準備し、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、利用者の心身の状況に応じた生活機能向上グループ活動サービスを適切に提供していますか。	はい・いいえ
利用者に対し、生活機能向上グループ活動サービスを1週につき1回以上行っていますか。	はい・いいえ
同月中に利用者に対し、運動器機能向上加算、栄養改善加算、口腔機能向上加算又は選択的サービス複数実施加算のいずれかを算定していませんか。	はい・いいえ
下記に記載の解釈通知の内容を理解し、当該通知内容に沿った加算サービスの提供を行っていますか。	はい・いいえ

様式3

運動器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 予防型通所介護サービス

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、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を1名以上配置していますか。(これらの職員のうち、運動器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。)</p> <p>資格 氏名</p>	はい・いいえ
<p>資格証の写しを添付していますか。</p>	はい・いいえ
<p>利用者の運動器の機能を利用開始時に把握し、理学療法士等、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して、運動器機能向上計画を作成することとしていますか。</p>	はい・いいえ
<p>利用者ごとの運動器機能向上計画に従い理学療法士等、経験のある介護職員その他の職種の者が運動器機能向上サービスを行っているとともに、利用者の運動器の機能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>利用者ごとの運動器機能向上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

様式4

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 予防型通所介護サービス

項目(算定要件)	適否
管理栄養士を1名以上配置していますか。 (管理栄養士の氏名を下記に記載してください。)	はい・いいえ
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することと 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。	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

様式5

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 予防型通所介護サービス

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記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することとしていますか。</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。</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

様式6

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 予防型通所介護サービス

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}、利用者の身体状況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 利用者の心身の状況を勘案し、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、利用者の心身の状況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

事業所番号: _____ 事業所名: _____
 サービス種類: 予防型通所介護サービス _____

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。 ※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																																										
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; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;">平成 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</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 style="color: red;">(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 style="color: red;">(d)</td> </tr> </tbody> </table>	平成 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	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)	
平成 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																														
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)＝ _____ %																																											
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																																										

事業所番号: _____ 事業所名: _____
 サービス種類: 予防型通所介護サービス _____

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。 ※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																																										
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; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>平成 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</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>	平成 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	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)	
平成 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																														
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)＝ _____ %																																											
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																																										

事業所番号: _____ 事業所名: _____

サービス種類: 予防型通所介護サービス _____

項目(算定要件)	適否																																										
<p>当該指定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。</p> <p>※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</p> <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 style="text-align: center;">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>平成 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</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> <p>・dがcに占める割合 (d÷c×100) = _____ %</p>	平成 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	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)	<p>はい・いいえ</p>
平成 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																														
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)																														
<p style="text-align: center;">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÷c×100) = _____ %</p>																																											
<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。</p>	<p>はい・いいえ</p>																																										

(参考様式)

実務経験証明書

年 月 日

(提出先)

鹿児島市長

(証明者)

法人の所在地

法人名及び代表者名

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	M・T・S 年 月 日生
施設又は事業所名	
所在地	
施設種別	
業務期間	年 月 日 ~ 年 月 日 (通算 年 ヶ月)
上記のうち業務に従事した日数	日
業務内容	

- 注1 「施設種別」は具体的に特別養護老人ホーム、身体障害者療養施設、老人デイサービス事業等を記入してください。
注2 「業務期間」欄は、実務経験被証明者が要援護者に対する対人の直接的な援助を行っていた期間を記入してください(例えば、事務・経理や送迎運転等は含まれません。)。また原則として証明日までの期間として下さい。
注3 「上記のうち業務に従事した日数」欄は、就業期間内に実際に従事した日数(休日、休暇、病気、休職等で相談・介護等の業務に従事しなかった日を除いた日数)を記入してください。
注4 「業務内容」欄は、実務経験被証明者の本来の業務について、具体的に医業、〇〇施設生活相談員、老人〇〇センター寮母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、予めご承知下さい