

## 601 定期巡回・随時対応型訪問介護看護費

| 点検項目   | 点検事項  | 点検結果                     |               |
|--|---|--------------------------|---------------|
| 准看護師が訪問看護サービスを行った場合                                      | 准看護師が訪問看護サービスを行った場合   | <input type="checkbox"/> | 該当            |
| 通所介護、通所リハビリテーション、地域密着型通所介護又は認知症対応型通所介護を受けている利用者に対して行った場合 | 通所介護等（通所介護、通所リハビリテーション、地域密着型通所介護又は認知症対応型通所介護）の利用  | <input type="checkbox"/> | あり            |
| 事業所と同一の敷地内若しくは隣接する敷地内の建物若しくは事業所と同一の建物等に居住する利用者に対する取扱い    | 事業所の所在する建物と同一の敷地内若しくは隣接する敷地内の建物若しくは事業所と同一の建物（以下「同一敷地内建物等」という。）に居住する利用者（1月当たりの利用者が50人以上居住する建物に居住する利用者を除く。）                             | <input type="checkbox"/> | 所定単位数の100分の90 |
|  | 1月当たりの利用者が同一の建物に20人以上居住する建物の利用者   | <input type="checkbox"/> | 所定単位数の100分の90 |
|  | 1月当たりの利用者が同一敷地内建物等に50人以上居住する建物の利用者  | <input type="checkbox"/> | 所定単位数の100分の85 |
| 特別地域定期巡回・随時対応型訪問介護看護加算                                   | 厚生労働大臣が定める地域（平成24年厚生労働省告示第120号）に所在する事業所   | <input type="checkbox"/> | 該当            |
| 中山間地域等における小規模事業所加算                                       | 厚生労働大臣が定める地域（平成21年厚生労働省告示第83号）に所在し、かつ、1月当たり実利用者数が5人以下の事業所   | <input type="checkbox"/> | 該当            |
| 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算                                   | 厚生労働大臣が定める地域（平成21年厚生労働省告示第83号）に居住している利用者に対して、通常の実施地域を越えてサービス提供  | <input type="checkbox"/> | 該当            |
| 生活機能向上連携加算（I）  | 訪問リハビリテーション事業所、通所リハビリテーション事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設の理学療法士等が、ICTの活用等により利用者のADL及びIADLに関する状況について把握して助言を行い、助言に基づいて計画作成責任者が行った生活機能アセスメント | <input type="checkbox"/> | あり            |
|  | 生活機能の向上を目的とした個別サービス計画の作成及び計画に基づくサービス提供  | <input type="checkbox"/> | あり            |
|  | 当該計画に基づく初回のサービス提供が行われた日の属する月  | <input type="checkbox"/> | 該当            |

| 点検項目              | 点検事項  | 点検結果                     |    |             |
|-------------------|---|--------------------------|----|-------------|
| 生活機能向上連携加算<br>(Ⅱ) | 訪問リハビリテーション事業所、通所リハビリテーション事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設の理学療法士等が、利用者の居宅を訪問する際に計画作成責任者が同行する又は理学療法士等及び計画作成責任者が利用者の居宅を訪問した後に共同してカンファレンスを行い、共同して行った生活機能アセスメント          | <input type="checkbox"/> | あり |             |
|                   | 生活機能の向上を目的とした個別サービス計画の作成及び計画に基づくサービス提供  | <input type="checkbox"/> | あり |             |
|                   | 当該計画に基づく初回のサービス提供が行われた日の属する月以降3月の間  | <input type="checkbox"/> | 該当 |             |
| 緊急時訪問看護加算         | 利用者又はその家族等から電話等により看護に関する意見を求められた場合に常時対応できる体制  | <input type="checkbox"/> | あり | 対応マニュアル等    |
|                   | 利用者又はその家族の同意  | <input type="checkbox"/> | あり | 同意書等(規定はなし) |
|                   | 他の事業所での当該加算の算定の有無(訪問看護事業所、定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所又は看護小規模多機能型居宅介護事業所)  | <input type="checkbox"/> | なし |             |
|                   | 24時間対応体制加算(医療保険における訪問看護)の有無   | <input type="checkbox"/> | なし |             |
| 特別管理加算(Ⅰ)         | 在宅悪性腫瘍患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態   | <input type="checkbox"/> | 該当 | 主治医の指示書等    |
|                   | 訪問看護サービスの実施に関する計画的な管理の実施  | <input type="checkbox"/> | あり |             |
|                   | 他の事業所での当該加算の算定の有無(訪問看護事業所、定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所又は看護小規模多機能型居宅介護事業所)  | <input type="checkbox"/> | なし |             |
|                   | 症状が重篤の場合速やかに医師による診療を受けることができるような支援の有無   | <input type="checkbox"/> | あり |             |
| 特別管理加算(Ⅱ)         | 以下の1～4のいずれかに該当すること。<br>1 在宅自己腹膜灌(かん)流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理、在宅自己疼(とう)痛管理指導管理又は在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態 | <input type="checkbox"/> | 該当 | 主治医の指示書等    |
|                   | 2 人工肛(こう)門又は人工膀胱(ぼうこう)を設置している状態   | <input type="checkbox"/> | 該当 | 〃           |
|                   | 3 真皮を越える褥瘡(じょくそう)の状態  | <input type="checkbox"/> | 該当 | 〃           |
|                   | 4 点滴注射を週3日以上行う必要があると認められる状態   | <input type="checkbox"/> | 該当 | 〃           |

| 点検項目      | 点検事項  | 点検結果                        |             |
|-----------|---|-----------------------------|-------------|
|           | 訪問看護サービスの実施に関する計画的な管理の実施  | <input type="checkbox"/> あり |             |
|           | 他の事業所での当該加算の算定の有無（訪問看護事業所、定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所又は看護小規模多機能型居宅介護事業所）  | <input type="checkbox"/> なし |             |
|           | 症状が重篤の場合速やかに医師による診療を受けることができるような支援の有無   | <input type="checkbox"/> あり |             |
| ターミナルケア加算 | 以下の1又は2のいずれかに該当すること。<br>1 多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、ハンチントン病、進行性筋ジストロフィー症、パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る。）をいう。）、多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症及びシャイ・ドレーガー症候群をいう。）、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、ライソゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎、後天性免疫不全症候群、頸（けい）髄損傷及び人工呼吸器を使用している急性増悪その他当該利用者の主治の医師が一時的に頻回の訪問看護が必要であると認める状態 | <input type="checkbox"/> 該当 | 主治医の指示書     |
|           | 24時間連絡できる体制を確保しており、かつ、必要に応じて、訪問看護を行うことができる体制を整備   | <input type="checkbox"/> あり |             |
|           | 主治医と連携の下に、ターミナルケアに係る計画及び支援体制について利用者及びその家族等に説明を行い、同意を得ていること  | <input type="checkbox"/> あり | 訪問看護サービス記録書 |
|           | ターミナルケアの提供についての利用者の身体状況の変化等必要な事項の適切な記録  | <input type="checkbox"/> あり |             |
|           | 死亡日及び死亡前14日以内に2日以上ターミナルケアの実施（ターミナルケアを行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む。）   | <input type="checkbox"/> あり | サービス提供票     |
|           | 他の事業所での当該加算の算定の有無（訪問看護事業所、定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所又は看護小規模多機能型居宅介護事業所）  | <input type="checkbox"/> なし |             |
|           | 訪問看護ターミナルケア療養費（医療保険）及び在宅ターミナルケア加算（訪問看護・指導料）の有無  | <input type="checkbox"/> なし |             |

| 点検項目           | 点検事項   | 点検結果                        |  |
|----------------|--|-----------------------------|--|
| 初期加算           | 利用を開始した日から起算して30日以内（30日を超える病院又は診療所への入院の後にサービスの利用を再び開始した場合も同様とする。）  | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
| 退院時共同指導加算      | 退院時共同指導の内容を文書により提供   | <input type="checkbox"/> あり |  |
|                | 退院又は退所後に訪問看護サービスを実施  | <input type="checkbox"/> あり |  |
| 総合マネジメント体制強化加算 | 個別サービス計画について、利用者の心身の状況やその家族等を取り巻く環境の変化に応じ、計画作成責任者、看護師、准看護師、介護職員その他の関係者が共同し、随時適切に見直しを行っている                              | <input type="checkbox"/> あり |  |
|                | 地域との連携を図るとともに、地域の病院等の関係機関に対し、事業所において提供できる具体的なサービスの内容等について日常的に情報提供を行っている  | <input type="checkbox"/> あり |  |
| 認知症専門ケア加算（Ⅰ）   | 利用者の総数のうち日常生活自立度Ⅲ、Ⅳ又はMの認知症の者の占める割合が2分の1以上  | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
|                | 認知症介護に係る専門的な研修を修了している者を対象者の数が20人未満の場合は1人以上、対象者が20人以上の場合は、1に当該対象者が19人を超えて10又はその端数を増すごとに1を加えた数以上を配置し、チームとしての専門的な認知症ケアの実施 | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
|                | 従業者に対して認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議を定期的開催  | <input type="checkbox"/> 実施 |  |
| 認知症専門ケア加算（Ⅱ）   | 利用者の総数のうち日常生活自立度Ⅲ、Ⅳ又はMの認知症の者の占める割合が2分の1以上  | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
|                | 認知症介護に係る専門的な研修を修了している者を対象者の数が20人未満の場合は1人以上、対象者が20人以上の場合は、1に当該対象者が19名を超えて10又はその端数を増すごとに1を加えた人数を配置し、チームとしての専門的な認知症ケアの実施  | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
|                | 従業者に対して認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議を定期的開催  | <input type="checkbox"/> 実施 |  |
|                | 認知症介護の指導に係る専門的な研修を終了している者を1名以上配置し、事業所全体の認知症ケアの指導等を実施   | <input type="checkbox"/> 該当 |  |

| 点検項目  | 点検事項   | 点検結果                            |                             |
|---|--|---------------------------------|-----------------------------|
|   | 介護職員、看護職員ごとの認知症ケアに関する研修計画を作成し、当該計画に従い研修を実施又は実施を予定                        | <input type="checkbox"/> 実施     |                             |
| サービス提供体制強化加算（Ⅰ）   | 従業者ごとの研修計画の作成及び実施又は実施を予定している   | <input type="checkbox"/> 該当     |                             |
|   | 利用者の情報や留意事項の伝達又は技術指導のための会議を定期的開催している                                     | <input type="checkbox"/> 該当     |                             |
|   | 定期的な健康診断を実施している  | <input type="checkbox"/> 該当     |                             |
|   | 訪問介護員等の総数のうち、介護福祉士の数が6割以上  | <input type="checkbox"/> いずれか該当 |                             |
|   | 訪問介護員等の総数のうち、介護福祉士の数が6割以上又は勤続年数10年以上の者が4分の1以上                            |                                 |                             |
|   | サービス提供体制強化加算（Ⅱ）、又は（Ⅲ）を算定していない  | <input type="checkbox"/> 該当     |                             |
| サービス提供体制強化加算（Ⅱ）   | 従業者ごとの研修計画の作成及び実施又は実施を予定している   | <input type="checkbox"/> 該当     |                             |
|   | 利用者の情報や留意事項の伝達又は技術指導のための会議を定期的開催している                                     | <input type="checkbox"/> 該当     |                             |
|   | 定期的な健康診断を実施している  | <input type="checkbox"/> 該当     |                             |
|   | 訪問介護員等の総数のうち、介護福祉士の割合が4割以上又は介護福祉士、実務者研修修了者及び介護職員基礎研修課程修了者の占める割合が6割以上である。 | <input type="checkbox"/> 該当     |                             |
|   | サービス提供体制強化加算（Ⅰ）又は（Ⅲ）を算定していない   | <input type="checkbox"/> 該当     |                             |
|   | サービス提供体制強化加算（Ⅲ）  | 従業者ごとの研修計画の作成及び実施又は実施を予定している    | <input type="checkbox"/> 該当 |
| 利用者の情報や留意事項の伝達又は技術指導のための会議を定期的開催している  |  | <input type="checkbox"/> 該当     |                             |
| 定期的な健康診断を実施している   |  | <input type="checkbox"/> 該当     |                             |
| 訪問介護員等の総数のうち、介護福祉士の占める割合が3割以上又は介護福祉士、実務者研修修了者及び介護職員基礎研修課程修了者の占める割合が5割以上である。 |  | <input type="checkbox"/> いずれか該当 |                             |
| 従業者の総数のうち、常勤職員の占める割合が6割以上である  |  |                                 |                             |

| 点検項目          | 点検事項  | 点検結果   |                         |
|---------------|---|--|-------------------------|
|               | 従業者の総数のうち、勤続年数7年以上の者の占める割合が3割以上である。   |  |                         |
|               | サービス提供体制強化加算（Ⅰ）又は（Ⅱ）を算定していない  | <input type="checkbox"/>   | 該当                      |
| 介護職員処遇改善加算（Ⅰ） | 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<br>介護職員処遇改善計画書       |
|               | 2 介護職員改善計画書の作成、周知、届出  | <input type="checkbox"/>   | あり<br>介護職員処遇改善計画書       |
|               | 3 賃金改善の実施   | <input type="checkbox"/>   | あり                      |
|               | 4 処遇改善に関する実績の報告   | <input type="checkbox"/>   | あり<br>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 労働保険料の納付  | <input type="checkbox"/>   | 適正に納付                   |
|               | 7 次の（１）、（２）、（３）のいずれにも適合<br>（１）任用の際の職責又は職務内容等の要件を書面で作成し、全ての介護職員に周知<br>（２）資質の向上の支援に関する計画の策定、研修の実施又は研修の機会を確保し、全ての介護職員に周知<br>（３）経験若しくは資格等に応じて昇給する仕組み又は一定の基準に基づき定期に昇給する仕組みを設け、全ての介護職員に周知 | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | あり<br>あり<br>あり<br>研修計画書 |
|               | 8 処遇改善の内容（賃金改善を除く）及び処遇改善に要する費用の見込額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） | 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<br>介護職員処遇改善計画書       |
|               | 2 介護職員改善計画書の作成、周知、届出  | <input type="checkbox"/>   | あり<br>介護職員処遇改善計画書       |
|               | 3 賃金改善の実施   | <input type="checkbox"/>   | あり                      |
|               | 4 処遇改善に関する実績の報告   | <input type="checkbox"/>   | あり<br>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 労働保険料の納付  | <input type="checkbox"/>   | 適正に納付                   |
|               | 7 次の（１）、（２）のいずれにも適合<br>（１）任用の際の職責又は職務内容等の要件を書面で作成し、全ての介護職員に周知<br>（２）資質の向上の支援に関する計画の策定、研修の実施又は研修の機会を確保し、全ての介護職員に周知   | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/>                             | あり<br>あり<br>あり<br>研修計画書 |
|               | 8 処遇改善の内容（賃金改善を除く）及び処遇改善に要する費用の見込額を全ての職員に周知   | <input type="checkbox"/>   | あり                      |
| 介護職員処遇改善加算（Ⅲ） | 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<br>介護職員処遇改善計画書       |

| 点検項目                            | 点検事項  | 点検結果   |                             |
|---------------------------------|---|--|-----------------------------|
| (Ⅲ)                             | 2 介護職員改善計画書の作成、周知、届出  | <input type="checkbox"/> あり  | 介護職員処遇改善計画書                 |
|                                 | 3 賃金改善の実施   | <input type="checkbox"/> あり  |                             |
|                                 | 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 労働保険料の納付  | <input type="checkbox"/> 適正に納付   |                             |
|                                 | 7 次の(1)、(2)のいずれかに適合<br>(1)任用の際の職責又は職務内容等の要件を書面で作成し、全ての介護職員に周知<br>(2)資質の向上の支援に関する計画の策定、研修の実施又は研修の機会を確保し、全ての介護職員に周知 | <input type="checkbox"/> あり<br><input type="checkbox"/> あり   | 研修計画書                       |
|                                 | 8 処遇改善の内容(賃金改善を除く)及び処遇改善に要する費用の見込額を全ての職員に周知   | <input type="checkbox"/> あり  |                             |
|                                 | 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)  | 1 次の(一)、(二)、(三)、(四)のいずれにも該当し、賃金改善に要する費用の見込額が当該加算の算定見込額を上回る賃金改善計画の策定、計画に基づく措置の実施<br>(一) 経験・技能のある介護職員のうち一人は、賃金改善に要する費用の見込み額が月額8万円以上又は年額440万円以上<br>(二) 指定通所介護事業所における経験・技能のある介護職員の賃金改善に要する費用の見込額の平均が介護職員(経験・技能のある介護職員を除く)の賃金改善に要する費用の見込額の平均を上回っている<br>(三) 介護職員(経験・技能のある介護職員を除く)の賃金改善に要する費用の見込額の平均が介護職員以外の職員の賃金改善に要する費用の見込額の平均の2倍以上(介護職員以外の職員の平均賃金額が介護職員(経験・技能のある介護職員を除く)の平均賃金額を上回らない場合を除く)<br>(四) 介護職員以外の職員の賃金改善後の賃金の見込額が年額440万円を上回らない | <input type="checkbox"/> 該当 |
| 2 介護職員等特定処遇改善計画書の作成、周知、届出       |   | <input type="checkbox"/> あり  | 介護職員等特定処遇改善計画書              |
| 3 介護職員等特定処遇改善加算の算定額に相当する賃金改善の実施 |   | <input type="checkbox"/> あり  |                             |
| 4 処遇改善の実施の報告                    |   | <input type="checkbox"/> あり  | 実績報告書                       |
| 5 サービス提供体制強化加算(Ⅰ)又は(Ⅱ)の届出       |   | <input type="checkbox"/> あり  |                             |
| 6 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)から(Ⅲ)までのいずれかを算定  |   | <input type="checkbox"/> あり  |                             |

| 点検項目             | 点検事項   | 点検結果                        |                |
|------------------|--|-----------------------------|----------------|
|                  | 7 処遇改善の内容（賃金改善を除く）及び処遇改善に要する費用の見込額を全ての職員に周知  | <input type="checkbox"/> あり |                |
|                  | 8 処遇改善の内容（賃金改善を除く）等についてインターネットの利用その他の適切な方法で公表  | <input type="checkbox"/> あり |                |
| 介護職員等特定処遇改善加算（Ⅱ） | 1 次の（一）、（二）、（三）、（四）のいずれにも該当し、賃金改善に要する費用の見込額が当該加算の算定見込額を上回る賃金改善計画の策定、計画に基づく措置の実施<br>（一） 経験・技能のある介護職員のうち一人は、賃金改善に要する費用の見込み額が月額8万円以上又は年額440万円以上<br>（二） 指定通所介護事業所における経験・技能のある介護職員の賃金改善に要する費用の見込額の平均が介護職員（経験・技能のある介護職員を除く）の賃金改善に要する費用の見込額の平均を上回っている<br>（三） 介護職員（経験・技能のある介護職員を除く）の賃金改善に要する費用の見込額の平均が介護職員以外の職員の賃金改善に要する費用の見込額の平均の2倍以上（介護職員以外の職員の平均賃金額が介護職員（経験・技能のある介護職員を除く）の平均賃金額を上回らない場合を除く）<br>（四） 介護職員以外の職員の賃金改善後の賃金の見込額が年額440万円を上回らない | <input type="checkbox"/> 該当 | 介護職員等特定処遇改善計画書 |
|                  | 2 介護職員等特定処遇改善計画書の作成、周知、届出  | <input type="checkbox"/> あり | 介護職員等特定処遇改善計画書 |
|                  | 3 介護職員等特定処遇改善加算の算定額に相当する賃金改善の実施  | <input type="checkbox"/> あり |                |
|                  | 4 処遇改善の実施の報告   | <input type="checkbox"/> あり | 実績報告書          |
|                  | 5 介護職員処遇改善加算（Ⅰ）から（Ⅲ）までのいずれかを算定   | <input type="checkbox"/> あり |                |
|                  | 6 処遇改善の内容（賃金改善を除く）及び処遇改善に要する費用の見込額を全ての職員に周知  | <input type="checkbox"/> あり |                |
|                  | 7 処遇改善の内容（賃金改善を除く）等についてインターネットの利用その他の適切な方法で公表  | <input type="checkbox"/> あり |                |



| 点検項目             | 点検事項  | 点検結果                        |                    |
|------------------|---|-----------------------------|--------------------|
| 介護職員等ベースアップ等支援加算 | 1 ベースアップ等要件 賃金改善に関する計画の策定、計画に基づく措置、処遇改善の実施の報告 | <input type="checkbox"/> あり | ベースアップ等支援加算処遇改善計画書 |
|                  | 2 処遇改善加算要件 介護職員処遇改善加算（Ⅰ）から（Ⅲ）までのいずれかを算定       | <input type="checkbox"/> あり |                    |

## 602 夜間対応型訪問介護費

| 点検項目  | 点検事項  | 点検結果                                   |  |
|---|---|--|--|
| 認知症専門ケア加算(Ⅰ)  | 利用者の総数のうち、日常生活に支障を来す症状又は行動があるため介護を必要とする認知症の者（日常生活自立度Ⅲ以上）の割合が5割以上  | <input type="checkbox"/> 該当            |  |
|   | 認知症介護に係る専門的研修を修了している者が対象者数が20人未満の場合は1人以上、当該対象者数が20人以上の場合は、1に当該対象者数が19を超えて10又はその端数を増すごとに1を加えた数以上配置し、チームとして専門的な認知症ケアの実施 | <input type="checkbox"/> 該当            |  |
|   | 従業者に対する認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議を定期的に開催  | <input type="checkbox"/> 実施            |  |
| 認知症専門ケア加算(Ⅱ)  | 利用者の総数のうち、日常生活に支障を来す症状又は行動があるため介護を必要とする認知症の者（日常生活自立度Ⅲ以上）の割合が5割以上  | <input type="checkbox"/> 該当            |  |
|   | 認知症介護に係る専門的な研修を修了している者を対象者の数が20人未満の場合は1人以上、対象者が20人以上の場合は、1に当該対象者が19人を超えて10又はその端数を増すごとに1を加えた人数を配置し、チームとしての専門的な認知症ケアの実施 | <input type="checkbox"/> 該当            |  |
|   | 従業者に対して認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議を定期的に開催  | <input type="checkbox"/> 実施            |  |
|   | 認知症介護の指導に係る専門的な研修を修了している者を1名以上配置し、事業所全体の認知症ケアの指導等を実施  | <input type="checkbox"/> 該当            |  |
|   | 介護職員、看護職員ごとの認知症ケアに関する研修計画を作成し、当該計画に従い、研修を実施又は実施を予定  | <input type="checkbox"/> 該当            |  |
| 事業所と同一の敷地内若しくは隣接する敷地内の建物若しくは事業所と同一の建物等に居住する利用者に対する取扱い | 事業所の所在する建物と同一の敷地内若しくは隣接する敷地内の建物若しくは事業所と同一の建物（以下「同一敷地内建物等」という。）に居住する利用者（1月当たりの利用者が50人以上居住する建物に居住する利用者を除く。）             | <input type="checkbox"/> 所定単位数の100分の90 |  |
|   | 1月当たりの利用者が同一の建物に20人以上居住する建物の利用者   | <input type="checkbox"/> 所定単位数の100分の90 |  |
|   | 1月当たりの利用者が同一敷地内建物等に50人以上居住する建物の利用者  | <input type="checkbox"/> 所定単位数の100分の85 |  |
| 特別地域夜間対応型訪問介護加算                                       | 厚生労働大臣が定める地域（平成24年厚生労働省告示第120号）に所在する事業所   | <input type="checkbox"/> 該当            |  |

| 点検項目                   | 点検事項   | 点検結果                     |        |
|------------------------|--|--------------------------|--------|
| 中山間地域等における小規模事業所加算     | 厚生労働大臣が定める地域（平成21年厚生労働省告示第83号）に所在する事業所                                     | <input type="checkbox"/> | 該当     |
| 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算 | 厚生労働大臣が定める地域（平成21年厚生労働省告示第83号）に居住している利用者に対して、通常の実施地域を越えてサービス提供             | <input type="checkbox"/> | 該当     |
| 24時間通報対応加算             | 日中においてオペレーションサービスを行うための必要な人員の確保  | <input type="checkbox"/> | 該当     |
|                        | 利用者からの通報を受け、緊急の対応が必要と認められる場合に連携する訪問介護事業所に速やかに連絡する体制を確保し、必要に応じて訪問介護が実施されること | <input type="checkbox"/> | 該当     |
|                        | 事前に連携体制をとっている訪問介護事業所とサービス利用の契約を締結している                                      | <input type="checkbox"/> | 該当     |
|                        | 緊急の訪問が必要と判断される場合において対応が可能となるよう連携体制をとっている訪問介護事業所の具体的な対応体制について定期的に把握している     | <input type="checkbox"/> | 該当     |
|                        | 夜間の同居家族等の状況把握に加え、利用者の日中の同居家族等の状況及び在宅サービス利用状況等を把握している                       | <input type="checkbox"/> | 該当     |
|                        | 利用者からの通報日時、通報内容、具体的対応の内容の記録  | <input type="checkbox"/> | 該当     |
| サービス提供体制強化加算（Ⅰ）        | 訪問介護員等ごとの研修計画の作成及び実施又は実施を予定している  | <input type="checkbox"/> | 該当     |
|                        | 利用者の情報や留意事項の伝達又は技術指導のための会議を定期的に行っている                                       | <input type="checkbox"/> | 該当     |
|                        | 定期的な健康診断を実施している  | <input type="checkbox"/> | 該当     |
|                        | 事業所の訪問介護員等の総数のうち、介護福祉士の占める割合が6割以上  | <input type="checkbox"/> | いずれか該当 |
|                        | 事業所の訪問介護員等の総数のうち、勤続年数10年以上の介護福祉士が25以上                                      | <input type="checkbox"/> |        |
| サービス提供体制強化加算（Ⅱ）        | 訪問介護員等ごとの研修計画の作成及び実施又は実施を予定している  | <input type="checkbox"/> | 該当     |
|                        | 利用者の情報や留意事項の伝達又は技術指導のための会議を定期的に行っている                                       | <input type="checkbox"/> | 該当     |
|                        | 定期的な健康診断を実施している  | <input type="checkbox"/> | 該当     |
|                        | 訪問介護員総数のうち介護福祉士の占める割合が4割以上又は介護福祉士、実務者研修修了者及び介護職員基礎研修修了者の占める割合が6割以上         | <input type="checkbox"/> | 該当     |

| 点検項目            | 点検事項  | 点検結果                     |        |             |
|-----------------|---|--------------------------|--------|-------------|
| サービス提供体制強化加算(Ⅲ) | 訪問介護員等ごとの研修計画の作成及び実施又は実施を予定している   | <input type="checkbox"/> | 該当     |             |
|                 | 利用者の情報や留意事項の伝達又は技術指導のための会議を定期的開催している  | <input type="checkbox"/> | 該当     |             |
|                 | 定期的な健康診断を実施している   | <input type="checkbox"/> | 該当     |             |
|                 | 訪問介護員総数のうち介護福祉士の占める割合が3割以上又は介護福祉士、実務者研修修了者及び介護職員基礎研修修了者の占める割合が5割以上<br>事業所の訪問介護員等の総数のうち、勤続年数7年以上の介護福祉士が3割以上        | <input type="checkbox"/> | いずれか該当 |             |
| 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)   | 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     | 介護職員処遇改善計画書 |
|                 | 2 介護職員改善計画書の作成、周知、届出  | <input type="checkbox"/> | あり     | 介護職員処遇改善計画書 |
|                 | 3 賃金改善の実施   | <input type="checkbox"/> | あり     |             |
|                 | 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 労働保険料の納付  | <input type="checkbox"/> | 適正に納付  |             |
|                 | 7 次の(1)、(2)のいずれにも適合<br>(1)任用の際の職責又は職務内容等の要件を書面で作成し、全ての介護職員に周知<br>(2)資質の向上の支援に関する計画の策定、研修の実施又は研修の機会を確保し、全ての介護職員に周知 | <input type="checkbox"/> | あり     |             |
|                 | 8 処遇改善の内容(賃金改善を除く)及び処遇改善に要する費用の見込額を全ての職員に周知   | <input type="checkbox"/> | あり     | 研修計画書       |
| 介護職員処遇改善加算(Ⅱ)   | 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     | 介護職員処遇改善計画書 |
|                 | 2 介護職員処遇改善計画書の作成、周知、届出  | <input type="checkbox"/> | あり     | 介護職員処遇改善計画書 |
|                 | 3 賃金改善の実施   | <input type="checkbox"/> | あり     |             |
|                 | 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 労働保険料の納付  | <input type="checkbox"/> | 適正に納付  |             |
|                 | 7 次の(1)、(2)のいずれかに適合<br>(1)任用の際の職責又は職務内容等の要件を書面で作成し、全ての介護職員に周知<br>(2)資質の向上の支援に関する計画の策定、研修の実施又は研修の機会を確保し、全ての介護職員に周知 | <input type="checkbox"/> | あり     |             |
|                 | 8 処遇改善の内容(賃金改善を除く)及び処遇改善に要する費用の見込額を全ての職員に周知   | <input type="checkbox"/> | あり     | 研修計画書       |

| 点検項目                 | 点検事項  | 点検結果   |                |
|----------------------|---|--|----------------|
| 介護職員処遇改善加算<br>(Ⅲ)    | 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                                | 介護職員処遇改善計画書    |
|                      | 2 介護職員改善計画書の作成、周知、届出  | <input type="checkbox"/> あり                                | 介護職員処遇改善計画書    |
|                      | 3 賃金改善の実施   | <input type="checkbox"/> あり                                |                |
|                      | 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 労働保険料の納付  | <input type="checkbox"/> 適正に納付                             |                |
|                      | 7 次の(1)、(2)、(3)のいずれかに適合<br>(1)任用の際の職責又は職務内容等の要件を書面で作成し、全ての介護職員に周知<br>(2)資質の向上の支援に関する計画の策定、研修の実施又は研修の機会を確保し、全ての介護職員に周知   | <input type="checkbox"/> あり<br><input type="checkbox"/> あり | 研修計画書          |
|                      | 8 処遇改善の内容(賃金改善を除く)及び処遇改善に要する費用の見込額を全ての職員に周知   | <input type="checkbox"/> あり                                |                |
| 介護職員等特定処遇改善<br>加算(Ⅰ) | 1 次の(一)、(二)、(三)、(四)のいずれにも該当し、賃金改善に要する費用の見込額が当該加算の算定見込額を上回る賃金改善計画の策定、計画に基づく措置<br>(一) 経験・技能のある介護職員のうち一人は、賃金改善に要する費用の見込み額が月額8万円以上又は年額440万円以上<br>(二) 指定通所介護事業所における経験・技能のある介護職員の賃金改善に要する費用の見込額の平均が介護職員(経験・技能のある介護職員を除く)の賃金改善に要する費用の見込額の平均を上回っている<br>(三) 介護職員(経験・技能のある介護職員を除く)の賃金改善に要する費用の見込額の平均が介護職員以外の職員の賃金改善に要する費用の見込額の平均の2倍以上(介護職員以外の職員の平均賃金額が介護職員(経験・技能のある介護職員を除く)の平均賃金額を上回らない場合を除く)<br>(四) 介護職員以外の職員の賃金改善後の賃金の見込額が年額440万円を上回らない | <input type="checkbox"/> 該当                                | 介護職員等特定処遇改善計画書 |
|                      | 2 介護職員等特定処遇改善計画書の作成、周知、届出   | <input type="checkbox"/> あり                                | 介護職員等特定処遇改善計画書 |
|                      | 3 介護職員等特定処遇改善加算の算定額に相当する賃金改善の実施   | <input type="checkbox"/> あり                                |                |
|                      | 4 処遇改善の実施の報告  | <input type="checkbox"/> あり                                | 実績報告書          |
|                      | 5 サービス提供体制強化加算(Ⅰ)又は(Ⅱ)の届出   | <input type="checkbox"/> あり                                |                |
|                      | 6 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)から(Ⅲ)までのいずれかを算定  | <input type="checkbox"/> あり                                |                |
|                      | 7 処遇改善の内容(賃金改善を除く)及び処遇改善に要する費用の見込額を全ての職員に周知   | <input type="checkbox"/> あり                                |                |
|                      | 8 処遇改善の内容(賃金改善を除く)等についてインターネットの利用その他の適切な方法で公表   | <input type="checkbox"/> あり                                |                |

| 点検項目             | 点検事項  | 点検結果                     |    |                    |
|------------------|---|--------------------------|----|--------------------|
| 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ) | 1 次の(一)、(二)、(三)、(四)のいずれにも該当し、賃金改善に要する費用の見込額が当該加算の算定見込額を上回る賃金改善計画の策定、計画に基づく措置<br>(一) 経験・技能のある介護職員のうち一人は、賃金改善に要する費用の見込み額が月額8万円以上又は年額440万円以上<br>(二) 指定通所介護事業所における経験・技能のある介護職員の賃金改善に要する費用の見込額の平均が介護職員(経験・技能のある介護職員を除く)の賃金改善に要する費用の見込額の平均を上回っている<br>(三) 介護職員(経験・技能のある介護職員を除く)の賃金改善に要する費用の見込額の平均が介護職員以外の職員の賃金改善に要する費用の見込額の平均の2倍以上(介護職員以外の職員の平均賃金額が介護職員(経験・技能のある介護職員を除く)の平均賃金額を上回らない場合を除く)<br>(四) 介護職員以外の職員の賃金改善後の賃金の見込額が年額440万円を上回らない | <input type="checkbox"/> | 該当 | 介護職員等特定処遇改善計画書     |
|                  | 2 介護職員等特定処遇改善計画書の作成、周知、届出   | <input type="checkbox"/> | あり | 介護職員等特定処遇改善計画書     |
|                  | 3 介護職員等特定処遇改善加算の算定額に相当する賃金改善の実施   | <input type="checkbox"/> | あり |                    |
|                  | 4 処遇改善の実施の報告  | <input type="checkbox"/> | あり | 実績報告書              |
|                  | 5 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)から(Ⅲ)までのいずれかを算定  | <input type="checkbox"/> | あり |                    |
|                  | 6 処遇改善の内容(賃金改善を除く)及び処遇改善に要する費用の見込額を全ての職員に周知   | <input type="checkbox"/> | あり |                    |
|                  | 7 処遇改善の内容(賃金改善を除く)等についてインターネットの利用その他の適切な方法で公表   | <input type="checkbox"/> | あり |                    |
| 介護職員等ベースアップ等支援加算 | 1 ベースアップ等要件 賃金改善に関する計画の策定、計画に基づく措置、処遇改善の実施の報告   | <input type="checkbox"/> | あり | ベースアップ等支援加算処遇改善計画書 |
|                  | 2 処遇改善加算要件 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)から(Ⅲ)までのいずれかを算定   | <input type="checkbox"/> | あり |                    |

## 603 認知症対応型通所介護費

| 点検項目   | 点検事項   | 点検結果                        |   |
|--|--|-----------------------------|---|
| 定員超過減算                                       | 介護保険法施行規則第131条の4の規定に基づき市町村長に提出した運営規程に定められている利用定員を超える場合   | <input type="checkbox"/> 該当 |   |
| 人員基準減算                                       | <単独型・併設型指定認知症対応型通所介護事業所の場合><br>地域密着型サービス基準第42条に定める員数を置いていない場合                                  | <input type="checkbox"/> 該当 |   |
|  | <共用型指定認知症対応型通所介護事業所の場合><br>地域密着型サービス基準第45条に定める員数を置いていない場合                                      | <input type="checkbox"/> 該当 |   |
| 2時間以上3時間未満の認知症対応型通所介護を行う場合                   | 心身の状況その他利用者側のやむを得ない事情により長時間のサービス利用が困難な者に対して、所要時間2時間以上3時間未満の指定認知症対応型通所介護を行う場合                   | <input type="checkbox"/> 該当 |   |
|  | 認知症対応型通所介護の本来の目的に照らし、単に入浴サービスのみといった利用ではなく、利用者の日常生活動作能力などの向上のため、日常生活を通じた機能訓練等が実施されている。          | <input type="checkbox"/> 該当 |   |
| 感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合の基本報酬への加算 | 感染症又は災害（厚生労働大臣が認めるものに限る。）の発生を理由とする利用者数の減少が生じ、当該月の利用者数の実績が当該月の前年度における月平均の利用者数よりも100分の5以上減少している。 | <input type="checkbox"/> 該当 | ○ 感染症又は災害の発生を理由とする通所介護等の介護報酬による評価 届出様式(参考様式)<br>○ 利用延人員数計算シート(参考様式) |
| 8時間以上9時間未満の報酬区分によるサービス提供の前後に行う日常生活上の世話       | 8時間以上9時間未満の報酬区分でのサービス提供  | <input type="checkbox"/> 該当 |   |
|  | 9時間以上10時間未満  | <input type="checkbox"/> 該当 |   |
|  | 10時間以上11時間未満   | <input type="checkbox"/> 該当 |   |
|  | 11時間以上12時間未満   | <input type="checkbox"/> 該当 |   |
|  | 12時間以上13時間未満   | <input type="checkbox"/> 該当 |   |
|  | 13時間以上14時間未満   | <input type="checkbox"/> 該当 |   |
| 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算                       | 厚生労働大臣の定める地域（離島振興対策実施地域、奄美群島、豪雪地帯及び特別豪雪地帯、辺地、振興山村、小笠原諸島、半島振興対策実施地域、特定農山村地域、過疎地域、沖縄の離島）         | <input type="checkbox"/> 該当 |   |
| 入浴介助加算（I）                                    | 入浴介助を適切に行うことのできる人員及び設備を有している。  | <input type="checkbox"/> 該当 |   |
|  | 入浴介助を実施している。   | <input type="checkbox"/> 該当 |   |

| 点検項目      | 点検事項   | 点検結果                        |  |
|-----------|--|-----------------------------|--|
| 入浴介助加算（Ⅱ） | 入浴介助を適切に行うことのできる人員及び設備を有している。  |                             |  |
|           | 医師、理学療法士、作業療法士、介護福祉士、介護支援専門員等（利用者の動作及び浴室の環境の評価を行うことができる福祉用具専門相談員、機能訓練指導員を含む。）が利用者の居宅を訪問し、利用者の状態を踏まえ、浴室における利用者の動作と浴室環境を評価している。  | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
|           | 当該利用者の居宅を訪問し評価した者が、入浴に係る適切な介護技術に基づいて、利用者の動作を踏まえ、利用者自身で又は家族・訪問介護員等の介助により入浴を行うことが可能であると判断した場合、指定認知症対応型通所介護事業所に対し、その旨情報共有している。<br>（当該利用者の居宅を訪問し評価した者が、指定認知症対応型通所介護事業所の従業者以外の者である場合は、書面等を活用し、十分な情報共有を行っている。）                       | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
|           | 当該利用者の居宅を訪問し評価した者が、入浴に係る適切な介護技術に基づいて、利用者の動作を踏まえ、利用者自身で又は家族・訪問介護員等の介助により入浴を行うことが難しいと判断した場合は、指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員又は指定福祉用具貸与事業所若しくは指定特定福祉用具販売事業所の福祉用具専門相談員と連携し、利用者及び当該利用者を担当する介護支援専門員等に対し、福祉用具の貸与若しくは購入又は住宅改修等の浴室の環境整備に係る助言を行っている。 | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
|           | 指定認知症対応型通所介護事業所の機能訓練指導員等（機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者）が共同し、利用者の居宅を訪問し評価した者との連携の下で、利用者の身体状況や訪問で把握した利用者の居宅の浴室の環境等を踏まえた個別の入浴計画を作成している。   | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
|           | 個別の入浴計画に基づき、個浴その他の利用者宅の状況に近い環境で入浴介助を実施している。  | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
|           | 入浴介助を行う際は、関係計画等の達成状況や利用者の状態をふまえて、自身で又は家族・訪問介護員等の介助によって入浴することができるようになるよう、既存の研修等を参考に必要な介護技術の習得に努め、これを用いて行われている。  | <input type="checkbox"/> 該当 |  |



| 点検項目          | 点検事項   | 点検結果 |  |
|---------------|--|------|--|
| 生活機能向上連携加算（Ⅰ） | <p>指定訪問リハビリテーション事業所、指定通所リハビリテーション事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設（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（当加算において「理学療法士等」という。）の助言に基づき、当該認知症対応型通所介護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（当加算において「機能訓練指導員等」という。）が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。</p> | □ 該当 |  |
|               | <p>個別機能訓練計画の作成に当たっては、指定訪問リハビリテーション事業所等の理学療法士等が、当該利用者のADL及びIADLに関する状況について、指定訪問リハビリテーション事業所、指定通所リハビリテーション事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設の場において把握し、又は指定認知症対応型通所介護事業所の機能訓練指導員等と連携してICTを活用した動画やテレビ電話を用いて把握した上で、当該事業所の機能訓練指導員等に助言を行っている。</p>   | □ 該当 |  |
|               | <p>個別機能訓練計画に、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ている。目標については、利用者又はその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を踏まえ作成することとし、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している。</p>   | □ 該当 |  |
|               | <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態に応じて計画的に機能訓練を適切に提供している。</p>   | □ 該当 |  |
|               | <p>機能訓練指導員等は、各月における評価内容や目標の達成度合いについて、利用者又はその家族及び理学療法士等に報告・相談し、理学療法士等から必要な助言を得た上で、必要に応じて当該利用者又はその家族の意向を確認の上、当該利用者のADLや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。</p>  | □ 該当 |  |

| 点検項目          | 点検事項  | 点検結果                        |  |
|---------------|---|-----------------------------|--|
|               | 理学療法士等は、機能訓練指導員等と共同で、3月ごとに1回以上、個別機能訓練の進捗状況等について評価した上で、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ている。   | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
|               | 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している。  | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
| 生活機能向上連携加算（Ⅱ） | 指定訪問リハビリテーション事業所、指定通所リハビリテーション事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設（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（当加算において「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（当加算において「機能訓練指導員等」という。）と共同して、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。 | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
|               | 個別機能訓練計画の作成にあたっては、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、介護の工夫等に対する助言を行っている。   | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
|               | 個別機能訓練計画に、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ている。目標については、利用者又はその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を踏まえ作成することとし、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している。   | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
|               | 個別機能訓練計画に基づき、利用者の身体機能又は生活機能の向上を目的とする機能訓練の項目を準備し、機能訓練指導員等が利用者の心身の状態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 |  |
|               | 機能訓練指導員等は、各月における評価内容や目標の達成度合いについて、利用者又はその家族及び理学療法士等に報告・相談し、理学療法士等から必要な助言を得た上で、必要に応じて当該利用者又はその家族の意向を確認の上、当該利用者のADLや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 |  |

| 点検項目        | 点検事項  | 点検結果                        |  |
|-------------|---|-----------------------------|--|
|             | 理学療法士等は、3月ごとに1回以上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個別機能訓練の進捗状況等について評価した上で、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っている。   | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
|             | 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している。  | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
| 個別機能訓練加算（Ⅰ） | 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、当該計画に基づき、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（はり師又は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。）（当加算において「理学療法士等」という。）が計画的に機能訓練を行っている。 | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
|             | 専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等を、1日120分以上、1名以上配置している。   | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
|             | 個別機能訓練計画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っている。   | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
|             | 個別機能訓練を行うにあたっては、開始時及びその3か月後に1回以上利用者に対して個別機能訓練計画の内容を説明している。  | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
|             | 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している。  | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
| 個別機能訓練加算（Ⅱ） | 個別機能訓練加算Ⅰを算定している  | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
|             | 個別機能訓練計画の内容等の情報を厚生労働省に提出  | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
|             | 機能訓練の実施に当たり必要な情報を活用した場合   | <input type="checkbox"/> 該当 |  |

| 点検項目          | 点検事項  | 点検結果                        |              |
|---------------|---|-----------------------------|--------------|
| A D L維持等加算（Ⅰ） | 評価対象者の総数が10人以上  | <input type="checkbox"/> 該当 |              |
|               | 評価対象者全員について、評価対象利用期間の初月と、当該月の翌月から6月目（6月目にサービスの利用がない場合は当該サービス利用の最終月）においてA D L値を測定し、測定月ごとに厚生労働省に提出していること。 | <input type="checkbox"/> 該当 |              |
|               | 評価対象者の「A D L利得」の平均値が1以上   | <input type="checkbox"/> 該当 |              |
| A D L維持等加算（Ⅱ） | 評価対象者の総数が10人以上  | <input type="checkbox"/> 該当 |              |
|               | 評価対象者全員について、評価対象利用期間の初月と、当該月の翌月から6月目（6月目にサービスの利用がない場合は当該サービス利用の最終月）においてA D L値を測定し、測定月ごとに厚生労働省に提出していること。 | <input type="checkbox"/> 該当 |              |
|               | 評価対象者の「A D L利得」の平均値が2以上   | <input type="checkbox"/> 該当 |              |
| 若年性認知症利用者受入加算 | 受け入れた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）ごとに個別の担当者を定めている。   | <input type="checkbox"/> 該当 |              |
|               | 担当者を中心に、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る。   | <input type="checkbox"/> 該当 |              |
| 栄養アセスメント加算    | 当該事業所の従業者又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"/> 該当 |              |
|               | 利用者ごとに管理栄養士等（管理栄養士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者）が共同して栄養アセスメントを3ヶ月に1回以上実施し、当該利用者又はその家族に対して結果を説明し、相談等の対応をする    | <input type="checkbox"/> 該当 |              |
|               | 利用者ごとの栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し、栄養管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用する。  | <input type="checkbox"/> 該当 |              |
|               | （基準に適合している）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   | <input type="checkbox"/> 該当 |              |
| 栄養改善加算        | 当該事業所の従業員として、又は外部との連携により管理栄養士を1名以上配置  | <input type="checkbox"/> 配置 |              |
|               | 管理栄養士等（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配慮した栄養ケア計画の作成                              | <input type="checkbox"/> あり | 栄養ケア計画(参考様式) |
|               | 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 |              |

| 点検項目  | 点検事項   | 点検結果                             |                      |
|---|--|----------------------------------|----------------------|
|   | 栄養ケア計画に従い、管理栄養士等が必要に応じて居宅を訪問し、栄養改善サービスの提供、栄養状態等の記録                               | <input type="checkbox"/> あり      | 栄養ケア提供経過記録<br>(参考様式) |
|   | 栄養ケア計画の評価、介護支援専門員や主治の医師に対する情報提供  | <input type="checkbox"/> 3月ごとに実施 | 栄養ケアモニタリング<br>(参考様式) |
|   | 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    |                      |
| 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）   | 利用開始時および利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態及び栄養状態について確認し情報を担当の介護支援専門員に提供                         | <input type="checkbox"/> 該当      |                      |
|   | 定員、人員基準に適合   | <input type="checkbox"/> 該当      |                      |
|   | 栄養アセスメント加算を算定している又は当該利用者が栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間である若しくは当該栄養改善サービスが終了した日の属する月 | <input type="checkbox"/> 非該当     |                      |
|   | 口腔機能向上加算の算定に係る口腔機能向上サービスを受けている間である又は当該口腔機能向上サービスが終了した日の属する月                      | <input type="checkbox"/> 非該当     |                      |
| 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）   | (1) (2) のいずれかに適合する   |                                  |                      |
|   | (1) いずれも適合<br>利用開始時および利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態について確認し情報を担当の介護支援専門員に提供                 | <input type="checkbox"/> 該当      |                      |
|   | 定員、人員基準に適合   | <input type="checkbox"/> 該当      |                      |
|   | 栄養アセスメント加算を算定している又は当該利用者が栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間である若しくは当該栄養改善サービスが終了した日の属する月 | <input type="checkbox"/> 該当      |                      |
|   | 口腔機能向上加算の算定に係る口腔機能向上サービスを受けている間である又は当該口腔機能向上サービスが終了した日の属する月                      | <input type="checkbox"/> 非該当     |                      |
|   | (2) いずれも適合<br>利用開始時および利用中6月ごとに利用者の栄養状態について確認し情報を担当の介護支援専門員に提供                    | <input type="checkbox"/> 該当      |                      |
|   | 定員、人員基準に適合   | <input type="checkbox"/> 該当      |                      |
|   | 栄養アセスメント加算を算定している又は当該利用者が栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間である若しくは当該栄養改善サービスが終了した日の属する月 | <input type="checkbox"/> 非該当     |                      |
| 口腔機能向上加算の算定に係る口腔機能向上サービスを受けている間である又は当該口腔機能向上サービスが終了した日の属する月 | <input type="checkbox"/> 該当  |                                  |                      |

| 点検項目        | 点検事項   | 点検結果                             |                           |
|-------------|--|----------------------------------|---------------------------|
| 口腔機能向上加算（Ⅰ） | 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      |                           |
|             | 言語聴覚士、歯科衛生士、看護・介護職員等による口腔機能改善管理指導計画の作成   | <input type="checkbox"/> なし      | 口腔機能改善管理指導計画・管理指導計画(参考様式) |
|             | 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・管理指導計画(参考様式) |
|             | 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(参考様式)   |
|             | 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    |                           |
| 口腔機能向上加算（Ⅱ） | 言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員を1名以上配置   | <input type="checkbox"/> 配置      |                           |
|             | 言語聴覚士、歯科衛生士、看護・介護職員等による口腔機能改善管理指導計画の作成   | <input type="checkbox"/> あり      | 口腔機能改善管理指導計画・管理指導計画(参考様式) |
|             | 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・管理指導計画(参考様式) |
|             | 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(参考様式)   |
|             | 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      |                           |
|             | 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    |                           |
|             | 利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画等の内容等の情報を厚生労働省（LIFE）へのデータ提出とフィードバックの活用   | <input type="checkbox"/> 該当      |                           |
|             | 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    |                           |
|             | 歯科医療を受診している場合は、医療保険の摂食機能療法を算定していない、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している                     | <input type="checkbox"/> 該当      |                           |
| 科学的介護推進体制加算 | 利用者ごとのADL値（ADLの評価に基づき測定し値）、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の利用者の心身の状況等に係る基本的な情報を、厚生労働省（LIFE）に提出                   | <input type="checkbox"/> 実施      |                           |
|             | 必要に応じて認知症対応型通所介護計画を見直すなど、指定認知症対応型通所介護の提供に当たって、厚生労働省に提出する情報その他指定認知症対応型通所介護を適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用している | <input type="checkbox"/> 実施      |                           |

| 点検項目            | 点検事項   | 点検結果                            |             |
|-----------------|--|---------------------------------|-------------|
| 同一建物減算          | 指定認知症対応型通所介護事業所と同一建物に居住する者又は指定認知症対応型通所介護事業所と同一建物から当該指定認知症対応型通所介護事業所に通う者に対し指定認知症対応型通所介護を行った場合（傷病により一時的に送迎が必要であると認められる利用者その他やむを得ない事情により送迎が必要と認められる利用者に対して送迎を行った場合を除く。） | <input type="checkbox"/> 該当     |             |
| 送迎減算            | 指定認知症対応型通所介護事業所の従業者が、利用者に対し、その居宅と指定認知症対応型通所介護事業所との間の送迎を行わない場合  | <input type="checkbox"/> 該当     |             |
| サービス提供体制強化加算（Ⅰ） | 介護職員総数のうち介護福祉士の占める割合が100分の70以上   | <input type="checkbox"/> いずれか該当 |             |
|                 | 介護職員総数のうち勤続年数10年以上の介護福祉士が100分の25以上<br>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（Ⅱ） | 介護職員総数のうち介護福祉士の占める割合が100分の50以上   | <input type="checkbox"/> 該当     |             |
|                 | 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） | 介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の40以上   | <input type="checkbox"/> 該当     |             |
|                 | サービスを直接提供する職員のうち勤続年数7年以上の者の占める割合が100分の30以上であること。   | <input type="checkbox"/> 該当     |             |
|                 | 定員、人員基準に適合   | <input type="checkbox"/> 該当     |             |
| 介護職員処遇改善加算（Ⅰ）   | 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     | 介護職員処遇改善計画書 |
|                 | 2 介護職員処遇改善計画書の作成、周知、届出   | <input type="checkbox"/> あり     | 介護職員処遇改善計画書 |
|                 | 3 賃金改善の実施  | <input type="checkbox"/> あり     |             |
|                 | 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 労働保険料の納付   | <input type="checkbox"/> 適正に納付  |             |

| 点検項目          | 点検事項  | 点検結果                     |             |
|---------------|---|--------------------------|-------------|
|               | 7 次の(1)、(2)、(3)のいずれにも適合<br>(1)任用の際の職責又は職務内容等の要件を書面で作成し、全ての介護職員に周知<br>(2)資質の向上の支援に関する計画の策定、研修の実施又は研修の機会を確保し、全ての介護職員に周知<br>(3)経験若しくは資格等に応じて昇給する仕組み又は一定の基準に基づき定期に昇給する仕組みを設け、全ての介護職員に周知 | <input type="checkbox"/> | 研修計画書       |
|               | 8 処遇改善の内容(賃金改善を除く)及び処遇改善に要する費用の見込額を全ての職員に周知   | <input type="checkbox"/> |             |
| 介護職員処遇改善加算(Ⅱ) | 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"/> | 介護職員処遇改善計画書 |
|               | 2 介護職員処遇改善計画書の作成、周知、届出  | <input type="checkbox"/> | 介護職員処遇改善計画書 |
|               | 3 賃金改善の実施   | <input type="checkbox"/> |             |
|               | 4 処遇改善に関する実績の報告   | <input type="checkbox"/> | 実績報告書       |
|               | 5 前12月間に法令違反し、罰金以上の刑  | <input type="checkbox"/> | なし          |
|               | 6 労働保険料の納付  | <input type="checkbox"/> | 適正に納付       |
|               | 7 次の(1)、(2)のいずれにも適合<br>(1)任用の際の職責又は職務内容等の要件を書面で作成し、全ての介護職員に周知<br>(2)資質の向上の支援に関する計画の策定、研修の実施又は研修の機会を確保し、全ての介護職員に周知   | <input type="checkbox"/> | 研修計画書       |
|               | 8 処遇改善の内容(賃金改善を除く)及び処遇改善に要する費用の見込額を全ての職員に周知   | <input type="checkbox"/> |             |
| 介護職員処遇改善加算(Ⅲ) | 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"/> | 介護職員処遇改善計画書 |
|               | 2 介護職員処遇改善計画書の作成、周知、届出  | <input type="checkbox"/> | 介護職員処遇改善計画書 |
|               | 3 賃金改善の実施   | <input type="checkbox"/> |             |
|               | 4 処遇改善に関する実績の報告   | <input type="checkbox"/> | 実績報告書       |
|               | 5 前12月間に法令違反し、罰金以上の刑  | <input type="checkbox"/> | なし          |
|               | 6 労働保険料の納付  | <input type="checkbox"/> | 適正に納付       |



| 点検項目             | 点検事項   | 点検結果   |                |
|------------------|--|--|----------------|
|                  | 7 次の(1)、(2)のいずれかに適合<br>(1)任用の際の職責又は職務内容等の要件を書面で作成し、全ての介護職員に周知<br>(2)資質の向上の支援に関する計画の策定、研修の実施又は研修の機会を確保し、全ての介護職員に周知  | <input type="checkbox"/> あり<br><input type="checkbox"/> あり | 研修計画書          |
|                  | 8 処遇改善の内容(賃金改善を除く)及び処遇改善に要する費用の見込額を全ての職員に周知  | <input type="checkbox"/> あり                                |                |
| 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ) | 1 次の(一)、(二)、(三)、(四)のいずれにも該当し、賃金改善に要する費用の見込額が当該加算の算定見込額を上回る賃金改善計画の策定、計画に基づく措置の実施<br>(一) 経験・技能のある介護職員のうち一人は、賃金改善に要する費用の見込み額が月額8万円以上又は年額440万円以上<br>(二) 指定通所介護事業所における経験・技能のある介護職員の賃金改善に要する費用の見込額の平均が介護職員(経験・技能のある介護職員を除く)の賃金改善に要する費用の見込額の平均を上回っている<br>(三) 介護職員(経験・技能のある介護職員を除く)の賃金改善に要する費用の見込額の平均が介護職員以外の職員の賃金改善に要する費用の見込額の平均の2倍以上(介護職員以外の職員の平均賃金額が介護職員(経験・技能のある介護職員を除く)の平均賃金額を上回らない場合を除く)<br>(四) 介護職員以外の職員の賃金改善後の賃金の見込額が年額440万円を上回らない | <input type="checkbox"/> 該当                                | 介護職員等特定処遇改善計画書 |
|                  | 2 介護職員等特定処遇改善計画書の作成、周知、届出  | <input type="checkbox"/> あり                                | 介護職員等特定処遇改善計画書 |
|                  | 3 介護職員等特定処遇改善加算の算定額に相当する賃金改善の実施  | <input type="checkbox"/> あり                                |                |
|                  | 4 処遇改善の実施の報告   | <input type="checkbox"/> あり                                | 実績報告書          |
|                  | 5 サービス提供体制強化加算(Ⅰ)又は(Ⅱ)の届出  | <input type="checkbox"/> あり                                |                |
|                  | 6 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)から(Ⅲ)までのいずれかを算定   | <input type="checkbox"/> あり                                |                |
|                  | 7 処遇改善の内容(賃金改善を除く)及び処遇改善に要する費用の見込額を全ての職員に周知  | <input type="checkbox"/> あり                                |                |
|                  | 8 処遇改善の内容(賃金改善を除く)等についてインターネットの利用その他の適切な方法で公表  | <input type="checkbox"/> あり                                |                |

| 点検項目                 | 点検事項   | 点検結果                     |    |                    |
|----------------------|--|--------------------------|----|--------------------|
| 介護職員等特定処遇改善加算<br>(Ⅱ) | 1 次の(一)、(二)、(三)、(四)のいずれにも該当し、賃金改善に要する費用の見込額が当該加算の算定見込額を上回る賃金改善計画の策定、計画に基づく措置の実施<br>(一) 経験・技能のある介護職員のうち一人は、賃金改善に要する費用の見込み額が月額8万円以上又は年額440万円以上<br>(二) 指定通所介護事業所における経験・技能のある介護職員の賃金改善に要する費用の見込額の平均が介護職員(経験・技能のある介護職員を除く)の賃金改善に要する費用の見込額の平均を上回っている<br>(三) 介護職員(経験・技能のある介護職員を除く)の賃金改善に要する費用の見込額の平均が介護職員以外の職員の賃金改善に要する費用の見込額の平均の2倍以上(介護職員以外の職員の平均賃金額が介護職員(経験・技能のある介護職員を除く)の平均賃金額を上回らない場合を除く)<br>(四) 介護職員以外の職員の賃金改善後の賃金の見込額が年額440万円を上回らない | <input type="checkbox"/> | 該当 | 介護職員等特定処遇改善計画書     |
|                      | 2 介護職員等特定処遇改善計画書の作成、周知、届出  | <input type="checkbox"/> | あり | 介護職員等特定処遇改善計画書     |
|                      | 3 介護職員等特定処遇改善加算の算定額に相当する賃金改善の実施  | <input type="checkbox"/> | あり |                    |
|                      | 4 処遇改善の実施の報告   | <input type="checkbox"/> | あり | 実績報告書              |
|                      | 5 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)から(Ⅲ)までのいずれかを算定   | <input type="checkbox"/> | あり |                    |
|                      | 6 処遇改善の内容(賃金改善を除く)及び処遇改善に要する費用の見込額を全ての職員に周知  | <input type="checkbox"/> | あり |                    |
|                      | 7 処遇改善の内容(賃金改善を除く)等についてインターネットの利用その他の適切な方法で公表  | <input type="checkbox"/> | あり |                    |
| 介護職員等ベースアップ等支援加算     | 1 ベースアップ等要件 賃金改善に関する計画の策定、計画に基づく措置、処遇改善の実施の報告  | <input type="checkbox"/> | あり | ベースアップ等支援加算処遇改善計画書 |
|                      | 2 処遇改善加算要件 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)から(Ⅲ)までのいずれかを算定  | <input type="checkbox"/> | あり |                    |

## 604 小規模多機能型居宅介護費

| 点検項目                   | 点検事項  | 点検結果                        |  |
|------------------------|---|-----------------------------|--|
| 登録者定員超過又は人員基準欠如        |   | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
| 短期利用居宅介護費              | 利用者の状態や家族等の事情により、居宅介護支援事業所の介護支援専門員が必要と認め、小規模多機能型居宅介護事業所の介護支援専門員が登録者に対するサービス提供に支障がないと認めた場合   | <input type="checkbox"/> あり |  |
|                        | 利用の開始に当たって、あらかじめ7日以内（利用者の日常生活上の世話をを行う家族等の疾病等やむを得ない事情がある場合は14日以内）の利用期間を定めている   | <input type="checkbox"/> あり |  |
|                        | 従業員の員数の基準を満たしている  | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
|                        | サービス提供が過小である場合の減算を算定していない   | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
| サービス提供が過小である場合の減算      | 通いサービス、訪問サービス及び宿泊サービスの提供回数について、登録者一人あたりの平均回数が、週4回に満たない場合  | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
| 特別地域小規模多機能型居宅介護加算      | 厚生労働大臣が定める地域（平成24年厚生労働省告示第120号）に所在する事業所   | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
| 中山間地域等における小規模事業所加算     | 厚生労働大臣が定める地域（平成21年厚生労働省告示第83号）に所在する事業所  | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
| 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算 | 厚生労働大臣が定める地域（平成21年厚生労働省告示第83号）に居住している利用者に対して、通常の実施地域を越えてサービス提供  | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
| 生活機能向上連携加算（I）          | 訪問リハビリテーション事業所、通所リハビリテーション事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設の理学療法士等が、ICTの活用等により利用者のADL及びIADLに関する状況について把握して助言を行い、助言に基づいて介護支援専門員が行った生活機能アセスメント | <input type="checkbox"/> あり |  |
|                        | 生活機能の向上を目的とした個別サービス計画の作成及び計画に基づくサービス提供  | <input type="checkbox"/> あり |  |
|                        | 当該計画に基づく初回のサービス提供が行われた日の属する月  | <input type="checkbox"/> 該当 |  |

| 点検項目          | 点検事項   | 点検結果   |  |
|---------------|--|--|--|
| 生活機能向上連携加算(Ⅱ) | 訪問リハビリテーション事業所、通所リハビリテーション事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設の理学療法士等が利用者の居宅を訪問する際に、介護支援専門員が同行する又は理学療法士等及び介護支援専門員が利用者の居宅を訪問した後に共同してカンファレンスを行い、共同して行った生活機能アセスメント | <input type="checkbox"/> あり                                |  |
|               | 生活機能の向上を目的とした個別サービス計画の作成<br>当該計画に基づく初回のサービス提供が行われた日の属する月以降3月間  | <input type="checkbox"/> あり<br><input type="checkbox"/> 該当 |  |
| 初期加算          | 登録した日から起算して30日以内(30日を超える病院又は診療所への入院の後にサービスの利用を再び開始した場合も、同様とする。)  | <input type="checkbox"/> 該当                                |  |
| 認知症加算(Ⅰ)      | 日常生活に支障をきた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(認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上)  | <input type="checkbox"/> 該当                                |  |
| 認知症加算(Ⅱ)      | 要介護2であって周囲の者による日常生活に対する注意を必要とする認知症の者(認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ)  | <input type="checkbox"/> 該当                                |  |
| 若年性認知症利用者受入加算 | 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                                |  |
|               | 担当者を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を行う  | <input type="checkbox"/> 実施                                |  |
| 看護職員配置加算(Ⅰ)   | 常勤専従の看護師を1名以上配置  | <input type="checkbox"/> 配置                                |  |
|               | 看護職員配置加算(Ⅱ)・(Ⅲ)を算定していない  | <input type="checkbox"/> 該当                                |  |
|               | 定員超過利用・人員基準欠如に該当していない  | <input type="checkbox"/> 該当                                |  |
| 看護職員配置加算(Ⅱ)   | 専従の常勤准看護師を1名以上配置   | <input type="checkbox"/> 配置                                |  |
|               | 看護職員配置加算(Ⅰ)・(Ⅲ)を算定していない  | <input type="checkbox"/> 該当                                |  |
|               | 定員超過利用・人員基準欠如に該当していない  | <input type="checkbox"/> 該当                                |  |

| 点検項目        | 点検事項   | 点検結果                        |  |
|-------------|--|-----------------------------|--|
| 看護職員配置加算（Ⅲ） | 看護職員を常勤換算方法で1名以上配置   | <input type="checkbox"/> 配置 |  |
|             | 看護職員配置加算（Ⅰ）・（Ⅱ）を算定していない  | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
|             | 定員超過利用・人員基準欠如に該当していない  | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
| 看取り連携体制加算   | 看護師により24時間連絡できる体制を確保していること   | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
|             | 管理者を中心として、介護職員、看護職員、介護支援専門員等による協議の上、看取り期における対応方針を定め、利用開始の際に、登録者又はその家族等に対して、対応方針の内容を説明し同意を得ていること  | <input type="checkbox"/> あり |  |
|             | 医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した者  | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
|             | 看取り期における対応方針に基づき、登録者の状態又は家族の求め等に応じ、介護職員、看護職員等から介護記録等登録者に関する記録を活用し行われるサービスについての説明を受け、同意した上でサービス提供を受けている者（その家族等が説明を受け、同意した上でサービスを受けている者を含む。） | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
|             | 登録者が入院する際、入院した月の翌月に亡くなった場合に、前月分の看取り連携体制加算に係る一部負担の請求を行う場合があることを説明し、文書にて同意を得ること  | <input type="checkbox"/> あり |  |
|             | 事業所が入院する医療機関等に利用者の状態を尋ねたときに、当該医療機関等が事業所に対して本人の状態を伝えることについて、入院の際、本人又は家族に対して説明をし、文書にて同意を得ること   | <input type="checkbox"/> あり |  |
|             | 利用者等に対する随時の説明に係る同意を口頭で得た場合には、介護記録にその説明日時、内容等を記載するとともに、同意を得た旨を記載しておく  | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
|             | 利用者が十分に判断をできる状態になく、かつ、家族の来訪が見込まれない場合、介護記録に職員間の相談日時、内容等を記載するとともに、利用者の状態や家族に対する連絡状況を記載すること   | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
|             | 死亡日を含めて前30日間が上限  | <input type="checkbox"/> 該当 |  |

| 点検項目             | 点検事項  | 点検結果                                    |  |
|------------------|---|---|--|
| 訪問体制強化加算         | 訪問サービスの提供に当たる常勤の従業者が2名以上  | <input type="checkbox"/> 配置             |  |
|                  | 事業所における延べ訪問回数1月当たり200回以上。ただし、事業所と同一の建物に集合住宅を併設する場合は、登録者の総数のうち、同一建物に居住する者以外の者の占める割合が100分の50以上であって、かつ、同一建物に居住する者以外の者に対する延べ訪問回数が1月あたり200回以上であること | <input type="checkbox"/> 該当             |  |
| 総合マネジメント体制強化加算   | 個別サービス計画について、登録者の心身の状況やその家族等を取り巻く環境の変化を踏まえ、多職種協働により、随時適切に見直しを行っている  | <input type="checkbox"/> あり             |  |
|                  | 日常的に地域住民等との交流を図り、地域の行事や活動等に積極的に参加   | <input type="checkbox"/> あり             |  |
| 認知症行動・心理症状緊急対応加算 | 利用者に「認知症の行動・心理症状」が認められ、緊急に短期利用(短期利用居宅介護費)が必要であると医師が判断し、医師が判断した当該日又はその次の日に利用を開始した場合  | <input type="checkbox"/> 該当             |  |
|                  | 介護支援専門員、受入事業所の職員と連携をし、利用者又は家族との同意の上、短期利用(短期利用居宅介護費)を開始  | <input type="checkbox"/> 該当             |  |
|                  | 判断を行った医師は症状、判断の内容等を診療録等に記録し、事業所は判断を行った医師名、日付及び留意事項等を介護サービス計画書に記録している  | <input type="checkbox"/> 該当             |  |
|                  | 利用開始日から起算して7日以内   | <input type="checkbox"/> 該当             |  |
| 口腔・栄養スクリーニング加算   | 利用開始時および利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態について確認し情報を担当の介護支援専門員へ情報提供  | <input type="checkbox"/> 利用開始時及び6月ごとに実施 |  |
|                  | 定員超過利用・人員基準欠如に該当していない   | <input type="checkbox"/> 該当             |  |
| 科学的介護推進体制加算      | 利用者ごとのADL値等の情報を厚生労働省に提出   | <input type="checkbox"/> 該当             |  |
|                  | 指定小規模多機能型居宅介護の提供に当たって、必要な情報を活用していること。   | <input type="checkbox"/> あり             |  |

| 点検項目                                  | 点検事項  | 点検結果                            |                             |
|---------------------------------------|---|---------------------------------|-----------------------------|
| サービス提供体制強化加算<br>(Ⅰ)                   | 従業者ごとの研修計画の作成及び実施又は実施を予定している                                    | <input type="checkbox"/> 該当     |                             |
|                                       | 利用者の情報や留意事項の伝達又は技術指導のための会議を定期的に開催している                           | <input type="checkbox"/> 該当     |                             |
|                                       | 従業者（看護師又は、准看護師であるものを除く）総数のうち、介護福祉士の占める割合が7割以上である                | <input type="checkbox"/> いずれか該当 |                             |
|                                       | 従業者（看護師又は、准看護師であるものを除く）総数のうち、勤続年数10年以上の介護福祉士の占める割合が100分の25以上である |                                 |                             |
|                                       | 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（Ⅱ）又は（Ⅲ）を算定していない                                    | <input type="checkbox"/> 該当     |                             |
| サービス提供体制強化加算<br>(Ⅱ)                   | 従業者ごとの研修計画の作成及び実施又は実施を予定している                                    | <input type="checkbox"/> 該当     |                             |
|                                       | 利用者の情報や留意事項の伝達又は技術指導のための会議を定期的に開催している                           | <input type="checkbox"/> 該当     |                             |
|                                       | 従業者総数のうち、介護福祉士の占める割合が5割以上である                                    | <input type="checkbox"/> 該当     |                             |
|                                       | 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（Ⅰ）又は（Ⅲ）を算定していない                                    | <input type="checkbox"/> 該当     |                             |
|                                       | サービス提供体制強化加算<br>(Ⅲ)   | 従業者ごとの研修計画の作成及び実施又は実施を予定している    | <input type="checkbox"/> 該当 |
| 利用者の情報や留意事項の伝達又は技術指導のための会議を定期的に開催している |   | <input type="checkbox"/> 該当     |                             |
| 介護福祉士の占める割合が4割以上                      |   | <input type="checkbox"/> いずれか該当 |                             |
| 従業者総数のうち、常勤職員の占める割合が6割以上              |   |                                 |                             |
| 従業者総数のうち、勤続年数7年以上の職員の占める割合が3割以上である    |   |                                 |                             |
| 定員、人員基準に適合                            |   | <input type="checkbox"/> 該当     | 介護職員処遇改善計画書                 |
| サービス提供体制強化加算（Ⅰ）又は（Ⅱ）を算定していない          |   | <input type="checkbox"/> 該当     | 介護職員処遇改善計画書                 |

| 点検項目  | 点検事項  | 点検結果                           |       |
|---|---|--------------------------------|-------|
| 介護職員処遇改善加算<br>(I)   | 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    | 実績報告書 |
|   | 2 介護職員改善計画書の作成、周知、届出  | <input type="checkbox"/> あり    |       |
|   | 3 賃金改善の実施   | <input type="checkbox"/> あり    |       |
|   | 4 処遇改善に関する実績の報告   | <input type="checkbox"/> あり    |       |
|   | 5 前12月間に法令違反し、罰金以上の刑  | <input type="checkbox"/> なし    | 研修計画書 |
|   | 6 労働保険料の納付  | <input type="checkbox"/> 適正に納付 |       |
|   | 7 次の(1)、(2)、(3)のいずれにも適合<br>(1)任用の際の職責又は職務内容等の要件を書面で作成し、<br>全ての介護職員に周知 | <input type="checkbox"/> あり    |       |
|   | (2)資質の向上の支援に関する計画の策定、研修の実施又は<br>研修の機会を確保し、全ての介護職員に周知                  | <input type="checkbox"/> あり    |       |
| (3)経験若しくは資格等に応じて昇給する仕組み又は一定<br>の基準に基づき定期的に昇給する仕組みを設け、全ての介護職<br>員に周知 | <input type="checkbox"/> あり   | 介護職員処遇改善計画書                    |       |
| 8 処遇改善の内容(賃金改善を除く)及び処遇改善に要す<br>る費用の見込額を全ての職員に周知                     | <input type="checkbox"/> あり   |                                |       |



| 点検項目  | 点検事項  | 点検結果                           |             |
|---|---|--------------------------------|-------------|
| 介護職員処遇改善加算<br>(Ⅱ)                               | 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    |             |
|   | 2 介護職員改善計画書の作成、周知、届出  | <input type="checkbox"/> あり    | 実績報告書       |
|   | 3 賃金改善の実施   | <input type="checkbox"/> あり    |             |
|   | 4 処遇改善に関する実績の報告   | <input type="checkbox"/> あり    |             |
|   | 5 前12月間に法令違反し、罰金以上の刑  | <input type="checkbox"/> なし    |             |
|   | 6 労働保険料の納付  | <input type="checkbox"/> 適正に納付 |             |
|   | 7 次の(1)、(2)のいずれにも適合<br>(1)任用の際の職責又は職務内容等の要件を書面で作成し、<br>全ての介護職員に周知 | <input type="checkbox"/> あり    | 研修計画書       |
|   | (2)資質の向上の支援に関する計画の策定、研修の実施又は<br>研修の機会を確保し、全ての介護職員に周知              | <input type="checkbox"/> あり    | 介護職員処遇改善計画書 |
| 8 処遇改善の内容(賃金改善を除く)及び処遇改善に要する<br>費用の見込額を全ての職員に周知 | <input type="checkbox"/> あり                                       |                                |             |
| 介護職員処遇改善加算<br>(Ⅲ)                               | 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    |             |
|   | 2 介護職員改善計画書の作成、周知、届出  | <input type="checkbox"/> あり    | 実績報告書       |
|   | 3 賃金改善の実施   | <input type="checkbox"/> あり    |             |
|   | 4 処遇改善に関する実績の報告   | <input type="checkbox"/> あり    |             |
|   | 5 前12月間に法令違反し、罰金以上の刑  | <input type="checkbox"/> なし    |             |
|   | 6 労働保険料の納付  | <input type="checkbox"/> 適正に納付 |             |
|   | 7 次の(1)、(2)のいずれかに適合<br>(1)任用の際の職責又は職務内容等の要件を書面で作成し、<br>全ての介護職員に周知 | <input type="checkbox"/> あり    | 研修計画書       |
|   | (2)資質の向上の支援に関する計画の策定、研修の実施又は<br>研修の機会を確保し、全ての介護職員に周知              | <input type="checkbox"/> あり    | 介護職員処遇改善計画書 |
| 8 処遇改善の内容(賃金改善を除く)及び処遇改善に要する<br>費用の見込額を全ての職員に周知 | <input type="checkbox"/> あり                                       |                                |             |

| 点検項目             | 点検事項   | 点検結果                     |    |                |
|------------------|--|--------------------------|----|----------------|
| 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ) | 1 次の(一)、(二)、(三)、(四)のいずれにも該当し、賃金改善に要する費用の見込額が当該加算の算定見込額を上回る賃金改善計画の策定、計画に基づく措置の実施<br>(一) 経験・技能のある介護職員のうち一人は、賃金改善に要する費用の見込み額が月額8万円以上又は年額440万円以上<br>(二) 指定通所介護事業所における経験・技能のある介護職員の賃金改善に要する費用の見込額の平均が介護職員(経験・技能のある介護職員を除く)の賃金改善に要する費用の見込額の平均を上回っている<br>(三) 介護職員(経験・技能のある介護職員を除く)の賃金改善に要する費用の見込額の平均が介護職員以外の職員の賃金改善に要する費用の見込額の平均の2倍以上(介護職員以外の職員の平均賃金額が介護職員(経験・技能のある介護職員を除く)の平均賃金額を上回らない場合を除く)<br>(四) 介護職員以外の職員の賃金改善後の賃金の見込額が年額440万円を上回らない | <input type="checkbox"/> | 該当 | 介護職員等特定処遇改善計画書 |
|                  | 2 介護職員等特定処遇改善計画書の作成、周知、届出  | <input type="checkbox"/> | あり | 介護職員等特定処遇改善計画書 |
|                  | 3 介護職員等特定処遇改善加算の算定額に相当する賃金改善の実施  | <input type="checkbox"/> | あり |                |
|                  | 4 処遇改善の実施の報告   | <input type="checkbox"/> | あり | 実績報告書          |
|                  | 5 サービス提供体制強化加算(Ⅰ)又は(Ⅱ)の届出  | <input type="checkbox"/> | あり |                |
|                  | 6 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)から(Ⅲ)までのいずれかを算定   | <input type="checkbox"/> | あり |                |
|                  | 7 処遇改善の内容(賃金改善を除く)及び処遇改善に要する費用の見込額を全ての職員に周知  | <input type="checkbox"/> | あり |                |
|                  | 8 処遇改善の内容(賃金改善を除く)等についてインターネットの利用その他の適切な方法で公表  | <input type="checkbox"/> | あり |                |

| 点検項目             | 点検事項   | 点検結果                     |    |                    |
|------------------|--|--------------------------|----|--------------------|
| 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ) | 1 次の(一)、(二)、(三)、(四)のいずれにも該当し、賃金改善に要する費用の見込額が当該加算の算定見込額を上回る賃金改善計画の策定、計画に基づく措置の実施<br>(一) 経験・技能のある介護職員のうち一人は、賃金改善に要する費用の見込み額が月額8万円以上又は年額440万円以上<br>(二) 指定通所介護事業所における経験・技能のある介護職員の賃金改善に要する費用の見込額の平均が介護職員(経験・技能のある介護職員を除く)の賃金改善に要する費用の見込額の平均を上回っている<br>(三) 介護職員(経験・技能のある介護職員を除く)の賃金改善に要する費用の見込額の平均が介護職員以外の職員の賃金改善に要する費用の見込額の平均の2倍以上(介護職員以外の職員の平均賃金額が介護職員(経験・技能のある介護職員を除く)の平均賃金額を上回らない場合を除く)<br>(四) 介護職員以外の職員の賃金改善後の賃金の見込額が年額440万円を上回らない | <input type="checkbox"/> | 該当 | 介護職員等特定処遇改善計画書     |
|                  | 2 介護職員等特定処遇改善計画書の作成、周知、届出  | <input type="checkbox"/> | あり | 介護職員等特定処遇改善計画書     |
|                  | 3 介護職員等特定処遇改善加算の算定額に相当する賃金改善の実施  | <input type="checkbox"/> | あり |                    |
|                  | 4 処遇改善の実施の報告   | <input type="checkbox"/> | あり | 実績報告書              |
|                  | 5 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)から(Ⅲ)までのいずれかを算定   | <input type="checkbox"/> | あり |                    |
|                  | 6 処遇改善の内容(賃金改善を除く)及び処遇改善に要する費用の見込額を全ての職員に周知  | <input type="checkbox"/> | あり |                    |
|                  | 7 処遇改善の内容(賃金改善を除く)等についてインターネットの利用その他の適切な方法で公表  | <input type="checkbox"/> | あり |                    |
| 介護職員等ベースアップ等支援加算 | 1 ベースアップ等要件 賃金改善に関する計画の策定、計画に基づく措置、処遇改善の実施の報告  | <input type="checkbox"/> | あり | ベースアップ等支援加算処遇改善計画書 |
|                  | 2 処遇改善加算要件 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)から(Ⅲ)までのいずれかを算定  | <input type="checkbox"/> | あり |                    |

## 605 認知症対応型共同生活介護費

| 点検項目                       | 点検事項   | 点検結果                           |  |
|----------------------------|--|--------------------------------|--|
| 夜勤の勤務条件に関する基準を満たさない場合      | 介護従業者の数が共同生活住居ごとに1以上   | <input type="checkbox"/> 満たさない |  |
| 身体拘束廃止未実施減算                | 身体拘束等を行う場合の記録を行っていない   | <input type="checkbox"/> 未整備   |  |
|                            | 身体拘束等適正化委員会を3月に1回以上開催していない   | <input type="checkbox"/> 未実施   |  |
|                            | 身体拘束等適正化のための指針の整備又は定期的な研修を行っていない   | <input type="checkbox"/> 未実施   |  |
| 3ユニットで夜勤を行う職員の員数を2人以上とする場合 | 3つの共同生活住居を有する事業所において、全ての共同生活住居が同一の階に隣接し、介護従業者が円滑に利用者の状況把握を行い、速やかな対応を行うことが可能である構造 | <input type="checkbox"/> 該当    |  |
|                            | 夜間の勤務に関するマニュアルの策定や避難訓練の実施といった安全対策が行われ、利用者の安全性が確保されていると認められること                    | <input type="checkbox"/> 該当    |  |
| 夜間支援体制加算（Ⅰ）                | 認知症対応型共同生活介護費（Ⅰ）又は短期利用認知症対応型共同生活介護費（Ⅰ）を算定していること。                                 | <input type="checkbox"/> 満たす   |  |
|                            | 夜勤を行う介護従業者及び宿直勤務に当たる者の合計数が2以上  | <input type="checkbox"/> 満たす   |  |
|                            | 定員超過利用・人員基準欠如に該当していない  | <input type="checkbox"/> 該当    |  |
| 夜間支援体制加算（Ⅱ）                | 認知症対応型共同生活介護費（Ⅱ）又は短期利用認知症対応型共同生活介護費（Ⅱ）を算定していること。                                 | <input type="checkbox"/> 満たす   |  |
|                            | 夜勤を行う介護従業者及び宿直勤務に当たる者の合計数が、事業所を構成する共同生活住居の数に1を加えた数以上。                            | <input type="checkbox"/> 満たす   |  |
|                            | 定員超過利用・人員基準欠如に該当していない  | <input type="checkbox"/> 該当    |  |

| 点検項目             | 点検事項   | 点検結果                     |    |
|------------------|--|--------------------------|----|
| 認知症行動・心理症状緊急対応加算 | 次のa～cに該当しない<br>a 病院又は診療所に入院中の者<br>b 介護保険施設又は地域密着型介護老人福祉施設に入院中又は入所中の者<br>c 認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、特定施設入居者生活介護、短期入所生活介護、短期入所療養介護、短期利用認知症対応型共同生活介護、短期利用特定施設入居者生活介護及び地域密着型短期利用特定施設入居者生活介護の利用中の者 | <input type="checkbox"/> | 該当 |
|                  | 利用者に「認知症の行動・心理症状」が認められ、緊急に短期利用認知症対応型共同生活介護が必要であると医師が判断し、医師が判断した当該日又はその次の日に利用を開始した場合  | <input type="checkbox"/> | 該当 |
|                  | 介護支援専門員、受入事業所の職員と連携をし、利用者又は家族との同意の上、短期利用認知症対応型共同生活介護の利用を開始   | <input type="checkbox"/> | 該当 |
|                  | 判断を行った医師は症状、判断の内容等を診療録等に記録し、事業所は判断を行った医師名、日付及び留意事項等を介護サービス計画書に記録している   | <input type="checkbox"/> | 該当 |
|                  | 利用開始日から起算して7日以内  | <input type="checkbox"/> | 該当 |
| 若年性認知症利用者受入加算    | 若年性認知症利用者ごとに個別に担当者を定めている   | <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を行う   | <input type="checkbox"/> | 実施 |
| 入院時費用            | 利用者が病院又は診療所への入院をした場合   | <input type="checkbox"/> | 該当 |
|                  | 入院後3月以内に退院することが明らかに見込まれるときは、利用者及び家族の希望等を勘案し、必要に応じて適切な便宜を提供するとともに、やむを得ない事情がある場合を除き、退院後再び事業所に円滑に入居できる体制を確保していること   | <input type="checkbox"/> | 該当 |
|                  | 上記について、あらかじめ利用者に説明を行っている   | <input type="checkbox"/> | 該当 |

| 点検項目    | 点検事項  | 点検結果                        |           |
|---------|---|-----------------------------|-----------|
| 看取り介護加算 | 看取りに関する指針を定め、入居の際に、利用者又は家族等に指針の内容を説明し、同意を得ている   | <input type="checkbox"/> 該当 | 看取りに関する指針 |
|         | 医師、看護職員（事業所の職員又は当該事業所と密接な連携を確保できる範囲内の距離にある病院若しくは診療所若しくは訪問看護ステーションの職員に限る。）、介護職員、介護支援専門員その他の職種による協議の上、事業所における看取りの実績等を踏まえ、適宜看取りに関する指針を見直している                                     | <input type="checkbox"/> 該当 |           |
|         | 看取りに関する職員研修を行っている   | <input type="checkbox"/> 該当 |           |
|         | 医師が医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した者   | <input type="checkbox"/> 該当 |           |
|         | 医師、看護職員（事業所の職員又は当該事業所と密接な連携を確保できる範囲内の距離にある病院若しくは診療所若しくは訪問看護ステーションの職員に限る。）、介護支援専門員その他の職種の者（以下「医師等」という。）等が共同で作成した利用者の介護に係る計画について、医師等のうちその内容に応じた適当な者から説明を受け、利用者又は家族等に説明し、同意を得ている | <input type="checkbox"/> 該当 |           |
|         | 看取りに関する指針に基づき、利用者の状態又は家族の求め等に応じ随時、医師等の相互の連携の下、介護記録等利用者に関する記録を活用し行われる介護についての説明を受け、利用者又は家族等に説明し、同意を得ている   | <input type="checkbox"/> 該当 |           |
|         | 利用者が退居等する際、退居等の翌月に亡くなった場合に、前月分の看取り介護加算に係る一部負担の請求を行う場合があることを説明し、文書にて同意を得ること  | <input type="checkbox"/> 該当 |           |
|         | 事業所が入院する医療機関等に利用者の状態を尋ねたときに、当該医療機関等が事業所に対して本人の状態を伝えることについて、退居等の際、利用者に対して説明をし、文書にて同意を得ること  | <input type="checkbox"/> 該当 |           |
|         | 利用者等に対する随時の説明に係る同意を口頭で得た場合には、介護記録にその説明日時、内容等を記載するとともに、同意を得た旨を記載しておく   | <input type="checkbox"/> 該当 |           |
|         | 利用者が十分に判断をできる状態になく、かつ、家族の来訪が見込まれない場合、介護記録に職員間の相談日時、内容等を記載するとともに、利用者の状態や家族と連絡を取ったにもかかわらず事業所への来訪がなかった旨を記載すること   | <input type="checkbox"/> 該当 |           |
|         | 死亡日以前31日以上45日以下   | <input type="checkbox"/> 該当 |           |
|         | 死亡日以前4日以上30日以下  | <input type="checkbox"/> 該当 |           |
|         | 死亡日の前日及び前々日   | <input type="checkbox"/> 該当 |           |

| 点検項目        | 点検事項  | 点検結果                        |   |
|-------------|---|-----------------------------|---|
|             | 死亡日   | <input type="checkbox"/> 該当 |   |
|             | 退居した日の翌日から死亡日の間は算定しない   | <input type="checkbox"/> 該当 |   |
|             | 医療連携体制加算を算定している   | <input type="checkbox"/> 該当 |   |
| 初期加算        | 入居した日から起算して30日以内（30日を超える病院又は診療所への入院後に事業所に再び入居した場合も、同様とする。）  | <input type="checkbox"/> 該当 |   |
|             | 過去3月間（ただし日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する者の場合は過去1月間）の間に、当該事業所に入居したことがない   | <input type="checkbox"/> 該当 |   |
| 医療連携体制加算（Ⅰ） | 事業所の職員として又は病院、診療所若しくは訪問看護ステーションとの連携により看護師を1名以上確保していること  | <input type="checkbox"/> 該当 |   |
|             | 看護師による24時間連絡できる体制を確保していること  | <input type="checkbox"/> 該当 |   |
|             | 重度化した場合の対応に係る指針を定め、入居の際に、利用者又はその家族等に対して、当該指針の内容を説明し、同意を得ていること   | <input type="checkbox"/> 該当 | 重度化した場合における対応に係る指針（急性期における医師や医療機関との連携、入院期間中の当該施設における居住費・食費の取扱い、看取りに関する考え方、本人等との話し合いや意思確認の方法等） |
| 医療連携体制加算（Ⅱ） | 事業所の職員として看護職員を常勤換算方法で1名以上配置していること   | <input type="checkbox"/> 該当 |   |
|             | 事業所の職員である看護職員又は病院、診療所若しくは訪問看護ステーションの看護師との連携により、24時間連絡できる体制を確保していること（事業所の職員として配置している看護職員が准看護師のみの場合は、病院、診療所若しくは訪問看護ステーションの看護師により24時間連絡できる体制を確保していること） | <input type="checkbox"/> 該当 |   |

| 点検項目        | 点検事項  | 点検結果                        |   |
|-------------|---|-----------------------------|---|
|             | 算定日が属する月の前12月間において、次のいずれかに該当する者が1名以上<br>(一) 喀痰吸引を実施している状態<br>(二) 呼吸障害等により人工呼吸器を使用している状態<br>(三) 中心静脈注射を実施している状態<br>(四) 人工腎臓を実施している状態<br>(五) 重篤な心機能障害、呼吸障害等により常時モニター測定を実施している状態<br>(六) 人工膀胱又は人工肛門の処置を実施している状態<br>(七) 経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われている状態<br>(八) 褥瘡に対する治療を実施している状態<br>(九) 気管切開が行われている状態 | <input type="checkbox"/> 該当 |   |
|             | 重度化した場合の対応に係る指針を定め、入居の際に、利用者又はその家族等に対して、当該指針の内容を説明し、同意を得ていること   | <input type="checkbox"/> 該当 | 重度化した場合における対応に係る指針(急性期における医師や医療機関との連携、入院期間中の当該施設における居住費・食費の取扱い、看取りに関する考え方、本人等との話し合いや意思確認の方法等) |
| 医療連携体制加算(Ⅲ) | 事業所の職員として、看護師を常勤換算方法で1名以上配置している   | <input type="checkbox"/> 該当 |   |
|             | 職員である看護師又は病院、診療所若しくは訪問看護ステーションの看護師との連携による24時間連絡できる体制を確保していること   | <input type="checkbox"/> 該当 |   |
|             | 算定日が属する月の前12月間において、次のいずれかに該当する者が1名以上<br>(一) 喀痰吸引を実施している状態<br>(二) 呼吸障害等により人工呼吸器を使用している状態<br>(三) 中心静脈注射を実施している状態<br>(四) 人工腎臓を実施している状態<br>(五) 重篤な心機能障害、呼吸障害等により常時モニター測定を実施している状態<br>(六) 人工膀胱又は人工肛門の処置を実施している状態<br>(七) 経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われている状態<br>(八) 褥瘡に対する治療を実施している状態<br>(九) 気管切開が行われている状態 | <input type="checkbox"/> 該当 |   |



| 点検項目         | 点検事項   | 点検結果                     |    |   |
|--------------|--|--------------------------|----|---|
|              | 重度化した場合の対応に係る指針を定め、入居の際に、利用者又はその家族等に対して、当該指針の内容を説明し、同意を得ていること  | <input type="checkbox"/> | 該当 | 重度化した場合における対応に係る指針(急性期における医師や医療機関との連携、入院期間中の当該施設における居住費・食費の取扱い、看取りに関する考え方、本人等との話し合いや意思確認の方法等) |
| 退居時相談援助加算    | 利用期間が1月を超える利用者が退居  | <input type="checkbox"/> | 該当 |   |
|              | 利用者の退去時に利用者及びその家族等に対して退居後の居宅サービス、地域密着型サービスその他の保健医療サービス又は福祉サービスについて相談援助を行うこと  | <input type="checkbox"/> | 該当 |   |
|              | 利用者の同意を得て、退居の日から2週間以内に利用者の退居後の居宅地を管轄する市町村(特別区を含む。)及び老人介護支援センター又は地域包括支援センターに対して、利用者の介護状況を示す文書を添えて利用者に係る居宅サービス又は地域密着型サービスに必要な情報を提供した場合 | <input type="checkbox"/> | 該当 |   |
|              | 介護支援専門員である計画作成担当者、介護職員等が協力し、退居者及びその家族等のいずれにも行い、当該相談援助を行った日付及び内容の要点に関する記録を行うこと  | <input type="checkbox"/> | 該当 |   |
|              | 利用者1人につき1回が限度  | <input type="checkbox"/> | 該当 |   |
| 認知症専門ケア加算(Ⅰ) | 利用者の総数のうち日常生活自立度Ⅲ、Ⅳ又はMの認知症の者の占める割合が2分の1以上  | <input type="checkbox"/> | 該当 |   |
|              | 認知症介護に係る専門的な研修を修了している者を対象者の数が20人未満の場合は1人以上、対象者が20人以上の場合は、1に当該対象者が19人を超えて10又はその端数を増すごとに1を加えた数以上を配置し、チームとしての専門的な認知症ケアの実施               | <input type="checkbox"/> | 該当 |   |
|              | 従業者に対して認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議を定期的に行うこと   | <input type="checkbox"/> | 実施 |   |

| 点検項目          | 点検事項   | 点検結果                     |    |
|---------------|--|--------------------------|----|
| 認知症専門ケア加算(Ⅱ)  | 利用者の総数のうち日常生活自立度Ⅲ、Ⅳ又はMの認知症の者の占める割合が2分の1以上  | <input type="checkbox"/> | 該当 |
|               | 認知症介護に係る専門的な研修を修了している者を対象者の数が20人未満の場合は1人以上、対象者が20人以上の場合は、1に当該対象者が19名を超えて10又はその端数を増すごとに1を加えた人数を配置し、チームとしての専門的な認知症ケアの実施                                  | <input type="checkbox"/> | 該当 |
|               | 従業者に対して認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議を定期的に開催   | <input type="checkbox"/> | 実施 |
|               | 認知症介護の指導に係る専門的な研修を終了している者を1名以上配置し、事業所全体の認知症ケアの指導等を実施   | <input type="checkbox"/> | 該当 |
|               | 介護職員、看護職員ごとの認知症ケアに関する研修計画を作成し、当該計画に従い研修を実施又は実施を予定  | <input type="checkbox"/> | 実施 |
| 生活機能向上連携加算(Ⅰ) | 訪問リハビリテーション事業所、通所リハビリテーション事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設の理学療法士等が、ICTの活用等により利用者のADL及びIADLに関する状況について把握して助言を行い、助言に基づいて計画作成担当者が行った生活機能アセスメント                  | <input type="checkbox"/> | 実施 |
|               | 生活機能の向上を目的とした個別サービス計画の作成及び計画に基づくサービス提供   | <input type="checkbox"/> | 実施 |
|               | 当該計画に基づく初回のサービス提供が行われた日の属する月   | <input type="checkbox"/> | 実施 |
| 生活機能向上連携加算(Ⅱ) | 訪問リハビリテーション事業所、通所リハビリテーション事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設の理学療法士等が、利用者の居宅を訪問する際に計画作成責任者が同行する又は理学療法士等及び計画作成責任者が利用者の居宅を訪問した後に共同してカンファレンスを行い、共同して行った生活機能アセスメント | <input type="checkbox"/> | 実施 |
|               | 生活機能の向上を目的とした個別サービス計画の作成及び計画に基づくサービス提供   | <input type="checkbox"/> | 実施 |
|               | 当該計画に基づく初回のサービス提供が行われた日の属する月以降3月の間   | <input type="checkbox"/> | 実施 |
| 栄養管理体制加算      | 管理栄養士(当該事業所の従業者以外の管理栄養士を含む。)が、従業者に対する栄養ケアに係る技術的助言及び指導を月1回以上行っている   | <input type="checkbox"/> | 実施 |

| 点検項目            | 点検事項   | 点検結果                                       |              |
|-----------------|--|--|--------------|
| 口腔衛生管理体制加算      | 歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士の助言及び指導に基づき口腔ケアマネジメント計画を作成     | <input type="checkbox"/> 該当                | 口腔ケアマネジメント計画 |
|                 | 歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に対する口腔ケアに係る指導及び助言を実施     | <input type="checkbox"/> 1月に1回以上           |              |
|                 | 定員、人員基準に適合   | <input type="checkbox"/> 該当                |              |
| 科学的介護推進体制加算     | 利用者ごとのADL値等の情報を厚生労働省に提出                              | <input type="checkbox"/> 該当                |              |
|                 | サービスの提供に当たって、必要な情報を活用していること。                         | <input type="checkbox"/> あり                |              |
| 口腔・栄養スクリーニング加算  | 利用開始時および利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態について確認し情報を担当の介護支援専門員へ情報提供 | <input type="checkbox"/> 利用開始時及び利用中6月ごとに実施 |              |
|                 | 本事業所以外で既に口腔・栄養スクリーニング加算を算定                           | <input type="checkbox"/> 非該当               |              |
|                 | 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(Ⅰ) | 介護職員の総数のうち介護福祉士の占める割合が100分の70以上                      | <input type="checkbox"/> いずれか該当            |              |
|                 | 介護職員の総数のうち勤続年数が10年以上の介護福祉士の占める割合が100分の25以上           |  |              |
|                 | 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(Ⅱ) | サービス提供体制強化加算(Ⅱ)又は(Ⅲ)を算定していない                         | <input type="checkbox"/> 該当                |              |
|                 | 介護職員の総数のうち介護福祉士の占める割合が100分の60以上                      | <input type="checkbox"/> 該当                |              |
|                 | 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) | サービス提供体制強化加算(Ⅰ)又は(Ⅲ)を算定していない                         | <input type="checkbox"/> 該当                |              |
|                 | 介護職員の総数のうち介護福祉士の占める割合が100分の50以上                      |  |              |
|                 | 看護・介護職員の総数のうち常勤職員の占める割合が100分の75以上                    | <input type="checkbox"/> いずれか該当            |              |
|                 | サービスを直接提供する職員の総数のうち勤続7年以上の者が100分の30以上                |  |              |
|                 | 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(Ⅰ)又は(Ⅲ)を算定していない                         | <input type="checkbox"/> 該当                |              |

| 点検項目              | 点検事項  | 点検結果  |             |
|-------------------|---|---|-------------|
| 介護職員処遇改善加算<br>(Ⅰ) | 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   | 介護職員処遇改善計画書 |
|                   | 2 介護職員処遇改善計画書の作成、周知、届出  | <input type="checkbox"/> あり   | 介護職員処遇改善計画書 |
|                   | 3 賃金改善の実施   | <input type="checkbox"/> あり   |             |
|                   | 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 労働保険料の納付  | <input type="checkbox"/> 適正に納付  |             |
|                   | 7 次の(1)、(2)、(3)のいずれにも適合<br>(1)任用の際の職責又は職務内容等の要件を書面で作成し、全ての介護職員に周知<br>(2)資質の向上の支援に関する計画の策定、研修の実施又は研修の機会の確保し、全ての介護職員に周知<br>(3)経験若しくは資格等に応じて昇給する仕組み又は一定の基準に基づき定期に昇給する仕組みを設け、全ての介護職員に周知 | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> あり<br><input type="checkbox"/> あり<br><input type="checkbox"/> あり | 研修計画書       |
|                   | 8 処遇改善の内容(賃金改善を除く)及び処遇改善に要する費用の見込額を全ての職員に周知   | <input type="checkbox"/> あり   |             |
| 介護職員処遇改善加算<br>(Ⅱ) | 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   | 介護職員処遇改善計画書 |
|                   | 2 介護職員処遇改善計画書の作成、周知、届出  | <input type="checkbox"/> あり   | 介護職員処遇改善計画書 |
|                   | 3 賃金改善の実施   | <input type="checkbox"/> あり   |             |
|                   | 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 労働保険料の納付  | <input type="checkbox"/> 適正に納付  |             |
|                   | 7 次の(1)、(2)のいずれにも適合<br>(1)任用の際の職責又は職務内容等の要件を書面で作成し、全ての介護職員に周知<br>(2)資質の向上の支援に関する計画の策定、研修の実施又は研修の機会確保し、全ての介護職員に周知  | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> あり<br><input type="checkbox"/> あり                                | 研修計画書       |
|                   | 8 処遇改善の内容(賃金改善を除く)及び処遇改善に要する費用の見込額を全ての職員に周知   | <input type="checkbox"/> あり   |             |
| 介護職員処遇改善加算<br>(Ⅲ) | 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   | 介護職員処遇改善計画書 |
|                   | 2 介護職員処遇改善計画書の作成、周知、届出  | <input type="checkbox"/> あり   | 介護職員処遇改善計画書 |
|                   | 3 賃金改善の実施   | <input type="checkbox"/> あり   |             |

| 点検項目             | 点検事項   | 点検結果   |                |
|------------------|--|--|----------------|
|                  | 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 労働保険料の納付   | <input type="checkbox"/> 適正に納付                             |                |
|                  | 7 次の(1)、(2)いずれかに適合<br>(1)任用の際の職責又は職務内容等の要件を書面で作成し、全ての介護職員に周知<br>(2)資質の向上の支援に関する計画の策定、研修の実施又は研修の機会を確保し、全ての介護職員に周知   | <input type="checkbox"/> あり<br><input type="checkbox"/> あり | 研修計画書          |
|                  | 8 処遇改善の内容(賃金改善を除く)及び処遇改善に要する費用の見込額を全ての職員に周知  | <input type="checkbox"/> あり                                |                |
| 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ) | 1 次の(一)、(二)、(三)、(四)のいずれにも該当し、賃金改善に要する費用の見込額が当該加算の算定見込額を上回る賃金改善計画の策定、計画に基づく措置の実施<br>(一) 経験・技能のある介護職員のうち一人は、賃金改善に要する費用の見込み額が月額8万円以上又は年額440万円以上<br>(二) 指定通所介護事業所における経験・技能のある介護職員の賃金改善に要する費用の見込額の平均が介護職員(経験・技能のある介護職員を除く)の賃金改善に要する費用の見込額の平均を上回っている<br>(三) 介護職員(経験・技能のある介護職員を除く)の賃金改善に要する費用の見込額の平均が介護職員以外の職員の賃金改善に要する費用の見込額の平均の2倍以上(介護職員以外の職員の平均賃金額が介護職員(経験・技能のある介護職員を除く)の平均賃金額を上回らない場合を除く)<br>(四) 介護職員以外の職員の賃金改善後の賃金の見込額が年額440万円を上回らない | <input type="checkbox"/> 該当                                | 介護職員等特定処遇改善計画書 |
|                  | 2 介護職員等特定処遇改善計画書の作成、周知、届出  | <input type="checkbox"/> あり                                | 介護職員等特定処遇改善計画書 |
|                  | 3 介護職員等特定処遇改善加算の算定額に相当する賃金改善の実施  | <input type="checkbox"/> あり                                |                |
|                  | 4 処遇改善の実施の報告   | <input type="checkbox"/> あり                                | 実績報告書          |
|                  | 5 サービス提供体制強化加算(Ⅰ)又は(Ⅱ)の届出  | <input type="checkbox"/> あり                                |                |
|                  | 6 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)から(Ⅲ)までのいずれかを算定   | <input type="checkbox"/> あり                                |                |
|                  | 7 処遇改善の内容(賃金改善を除く)及び処遇改善に要する費用の見込額を全ての職員に周知  | <input type="checkbox"/> あり                                |                |
|                  | 8 処遇改善の内容(賃金改善を除く)等についてインターネットの利用その他の適切な方法で公表  | <input type="checkbox"/> あり                                |                |

| 点検項目  | 点検事項   | 点検結果                        |                    |
|---|--|-----------------------------|--------------------|
| 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)                              | 1 次の(一)、(二)、(三)、(四)のいずれにも該当し、賃金改善に要する費用の見込額が当該加算の算定見込額を上回る賃金改善計画の策定、計画に基づく措置の実施  | <input type="checkbox"/> 該当 | 介護職員等特定処遇改善計画書     |
|   | (一) 経験・技能のある介護職員のうち一人は、賃金改善に要する費用の見込み額が月額8万円以上又は年額440万円以上  |                             |                    |
|   | (二) 指定通所介護事業所における経験・技能のある介護職員の賃金改善に要する費用の見込額の平均が介護職員(経験・技能のある介護職員を除く)の賃金改善に要する費用の見込額の平均を上回っている                                       |                             |                    |
|   | (三) 介護職員(経験・技能のある介護職員を除く)の賃金改善に要する費用の見込額の平均が介護職員以外の職員の賃金改善に要する費用の見込額の平均の2倍以上(介護職員以外の職員の平均賃金額が介護職員(経験・技能のある介護職員を除く)の平均賃金額を上回らない場合を除く) |                             |                    |
|   | (四) 介護職員以外の職員の賃金改善後の賃金の見込額が年額440万円を上回らない   |                             |                    |
|   | 2 介護職員等特定処遇改善計画書の作成、周知、届出  | <input type="checkbox"/> あり | 介護職員等特定処遇改善計画書     |
|   | 3 介護職員等特定処遇改善加算の算定額に相当する賃金改善の実施  | <input type="checkbox"/> あり |                    |
|   | 4 処遇改善の実施の報告   | <input type="checkbox"/> あり | 実績報告書              |
| 5 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)から(Ⅲ)までのいずれかを算定                | <input type="checkbox"/> あり  |                             |                    |
| 6 処遇改善の内容(賃金改善を除く)及び処遇改善に要する費用の見込額を全ての職員に周知   | <input type="checkbox"/> あり  |                             |                    |
| 7 処遇改善の内容(賃金改善を除く)等についてインターネットの利用その他の適切な方法で公表 | <input type="checkbox"/> あり  |                             |                    |
| 介護職員等ベースアップ等支援加算                              | 1 ベースアップ等要件 賃金改善に関する計画の策定、計画に基づく措置、処遇改善の実施の報告  | <input type="checkbox"/> あり | ベースアップ等支援加算処遇改善計画書 |
|   | 2 処遇改善加算要件 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)から(Ⅲ)までのいずれかを算定  | <input type="checkbox"/> あり |                    |

## 606 地域密着型特定施設入居者生活介護費

| 点検項目        | 点検事項   | 点検結果                        |  |
|-------------|--|-----------------------------|--|
| 人員基準減算      |  | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
| 身体拘束廃止未実施減算 | 身体拘束等を行う場合の記録を行っていない   | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
|             | 身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を3月ごとに開催していない  | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
|             | 身体的拘束等の適正化のための指針を整備していない   | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
|             | 介護職員その他の従業者に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的実施していない   | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
| 入居継続支援加算Ⅰ   | 社会福祉士及び介護福祉士法施行規則第1条各号に掲げる行為を必要とする者の占める割合が利用者の1割5分以上   | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
|             | 介護福祉士の数 常勤換算で6：1以上<br>ただし、次に掲げる規定のいずれにも適合する場合は、介護福祉士の数が、常勤換算方法で、入所者の数が7又はその端数を増すごとに1以上であること。<br>a 業務の効率化及び質の向上又は職員の負担の軽減に資する機器(以下「介護機器」という。)を複数種類使用していること。<br>b 介護機器の使用に当たり、介護職員、看護職員、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、アセスメント(入所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。)及び入所者の身体の状態等の評価を行い、職員の配置の状態等の見直しを行っていること。<br>c 介護機器を活用する際の安全体制及びケアの質の確保並びに職員の負担軽減に関する次に掲げる事項を実施し、かつ、介護機器を安全かつ有効に活用するための委員会を設置し、介護職員、看護職員、介護支援専門員その他の職種の者と共同して、当該委員会において必要な検討等を行い、及び当該事項の実施を定期的確認すること。<br>i 入所者の安全及びケアの質の確保<br>ii 職員の負担の軽減及び勤務状況への配慮 | <input type="checkbox"/> 配置 |  |
|             | 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を算定していない   | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
|             | 入居継続支援加算(Ⅱ)を算定していない  | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
|             |  |                             |  |

| 点検項目        | 点検事項   | 点検結果                            |                     |
|-------------|--|---------------------------------|---------------------|
| 入居継続支援加算Ⅱ   | 社会福祉士及び介護福祉士法施行規則第1条各号に掲げる行為を必要とする者の占める割合が入居者の100分の5以上                       | <input type="checkbox"/> 該当     |                     |
|             | (2)イ(2)及び(3)に該当するものであること   | <input type="checkbox"/> 該当     |                     |
| 生活機能向上連携加算Ⅰ | 多職種共同による個別機能訓練計画等の作成   | <input type="checkbox"/> 作成     | アセスメント、利用者の身体状況等の評価 |
|             | 利用者等に対する計画の内容説明、内容の見直し   | <input type="checkbox"/> 3月毎に実施 |                     |
| 生活機能向上連携加算Ⅱ | 多職種共同による個別機能訓練計画等の作成   | <input type="checkbox"/> 該当     |                     |
|             | 機能訓練の適切な提供   | <input type="checkbox"/> 実施     |                     |
|             | 利用者等に対する計画の内容説明、内容の見直し   | <input type="checkbox"/> 3月毎に実施 |                     |
| 個別機能訓練加算Ⅰ   | 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1人以上配置  | <input type="checkbox"/> 該当     |                     |
|             | 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による利用者ごとに個別機能訓練計画を作成                       | <input type="checkbox"/> 該当     | 個別機能訓練計画            |
|             | 開始時における利用者等に対する計画の内容説明   | <input type="checkbox"/> 実施     |                     |
|             | 3月ごとに1回以上利用者に対する計画の内容説明、記録   | <input type="checkbox"/> 実施     |                     |
|             | 訓練の効果、実施方法等に対する評価  | <input type="checkbox"/> あり     |                     |
|             | 個別機能訓練に関する記録の保管、閲覧への対応   | <input type="checkbox"/> あり     | 実施時間、訓練内容、担当者等の記録   |
| 個別機能訓練加算Ⅱ   | 個別機能訓練加算(Ⅰ)を算定している   | <input type="checkbox"/> あり     |                     |
|             | 個別機能訓練計画の内容等の情報を厚生労働省に提出し、機能訓練の実施に当たって、当該情報その他機能訓練の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用した場合 | <input type="checkbox"/> あり     |                     |
| 夜間看護体制加算    | 常勤の看護師を1名以上配置し、看護責任者を定めている   | <input type="checkbox"/> 配置     |                     |
|             | 看護職員による24時間連絡できる体制の確保等   | <input type="checkbox"/> あり     | 夜間連絡・対応体制の指針、マニュアル等 |
|             | 重度化した場合における対応の指針の有無  | <input type="checkbox"/> あり     | 重度化対応のための指針         |
|             | 入居の際に利用者等に対する指針の説明、同意の有無   | <input type="checkbox"/> あり     |                     |



| 点検項目          | 点検事項  | 点検結果                        |  |
|---------------|---|-----------------------------|--|
| ADL維持等加算Ⅰ     | 評価対象者（当該施設の利用期間（評価対象利用期間）が6月を超える者）の総数が10人以上   | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
|               | 評価対象者全員について、評価対象期間利用者の初月と当該月の翌月から起算して6月目において、ADLを評価し、その評価に基づく値（ADL値）を測定し、測定した日が属する月ごとに厚生労働省（LIFE）に測定を提出 | <input type="checkbox"/> 実施 |  |
|               | 評価対象者の評価対象利用開始月の翌月から起算して6月目の月に測定したADL値から評価対象利用開始月に測定したADL値を控除して得た値を用いて一定の基準に基づき算定した値の平均値が1以上            | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
| ADL維持等加算Ⅱ     | 評価対象者（当該施設の利用期間（評価対象利用期間）が6月を超える者）の総数が10人以上   | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
|               | 評価対象者全員について、評価対象期間利用者の初月と当該月の翌月から起算して6月目において、ADLを評価し、その評価に基づく値（ADL値）を測定し、測定した日が属する月ごとに厚生労働省（LIFE）に測定を提出 | <input type="checkbox"/> 実施 |  |
|               | 評価対象者の評価対象利用開始月の翌月から起算して6月目の月に測定したADL値から評価対象利用開始月に測定したADL値を控除して得た値を用いて一定の基準に基づき算定した値の平均値が2以上            | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
| 若年性認知症入居者受入加算 | 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 |  |
|               | 利用者に応じた適切なサービス提供  | <input type="checkbox"/> 実施 |  |
| 医療機関連携加算      | 看護職員が前回情報提供日から次回情報提供日までの間で、利用者毎に健康状況を随時記録   | <input type="checkbox"/> あり |  |
|               | 利用者の同意  | <input type="checkbox"/> あり |  |
|               | 協力医療機関等から情報提供の受領の確認を得ている  | <input type="checkbox"/> あり |  |
|               | 協力医療機関等と提供する情報内容を定めている  | <input type="checkbox"/> あり |  |
|               | 協力医療機関又は利用者の主治の医師に月1回以上情報提供   | <input type="checkbox"/> あり |  |
|               | 情報提供日前30日以内において、地域密着型特定施設入居者生活介護を算定した日が14日以上  | <input type="checkbox"/> 該当 |  |

| 点検項目           | 点検事項  | 点検結果                             |              |
|----------------|---|----------------------------------|--------------|
| 口腔衛生管理体制加算     | 定員、人員基準に適合  | <input type="checkbox"/> あり      |              |
|                | 歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、月1回以上、介護職員に(口腔ケアにかかる)助言、指導を行う                       | <input type="checkbox"/> 月1回以上   |              |
|                | 助言、指導に基づいた口腔ケア・マネジメントに係る計画の作成   | <input type="checkbox"/> 該当      |              |
|                | 助言、指導を行うに当たり、歯科訪問診療又は訪問歯科衛生指導の実施時間以外の時間帯で実施                                 | <input type="checkbox"/> 該当      |              |
|                | 口腔ケア・マネジメント計画には口腔ケアを推進するための課題目標、具体的対策、留意事項等必要な事項が記載されている                    | <input type="checkbox"/> 該当      |              |
| 口腔・栄養スクリーニング加算 | 利用開始時および利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態について確認し情報を担当の介護支援専門員に提供                          | <input type="checkbox"/> 6月ごとに実施 |              |
|                | 利用開始時および利用中6月ごとに利用者の栄養状態について確認し情報を担当ケアマネに提供                                 | <input type="checkbox"/> 6月ごとに実施 |              |
|                | 定員、人員基準に適合  | <input type="checkbox"/> あり      |              |
| 退院・退所時連携加算     | 病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院から入居した日から起算して30日以内                                    | <input type="checkbox"/> 該当      |              |
|                | 医療提供施設の職員と面談、利用者に関する必要な情報の提供を受ける。   | <input type="checkbox"/> 該当      |              |
|                | 特定施設サービス計画の作成   | <input type="checkbox"/> 該当      | 特定施設サービス計画   |
|                | 過去3月間に当該特定施設に入居したことがない  | <input type="checkbox"/> 該当      |              |
|                | 30日を超える医療提供施設への入院・入所後に再入居   | <input type="checkbox"/> 該当      | この場合であっても算定可 |
|                | 医師が医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した者   | <input type="checkbox"/> 該当      |              |
|                | 看取りに関する指針を定め、入居の際に、利用者又はその家族等に対し、内容を説明し同意を得ている                              | <input type="checkbox"/> 該当      |              |
|                | 医師、生活相談員、看護師、介護職員その他の職種の者(「医師等」という)が協議の上、看取りの実績等を踏まえ、適宜、看取りに関する指針の見直しを行っている | <input type="checkbox"/> 該当      |              |
|                | 看取りに関する職員研修を行っている   | <input type="checkbox"/> 該当      |              |

| 点検項目       | 点検事項   | 点検結果                     |    |                 |
|------------|--|--------------------------|----|-----------------|
| 看取り介護加算（Ⅰ） | 医師等が共同で作成した介護に係る計画が作成されている   | <input type="checkbox"/> | 該当 | 介護に係る計画書        |
|            | 医師等が介護に係る計画について説明し、同意を得ている   | <input type="checkbox"/> | 該当 |                 |
|            | 医師等が利用者の状態又は家族の求め等に応じ随時本人又は家族の説明、同意を得ている                                     | <input type="checkbox"/> | 該当 |                 |
|            | 自己負担の請求について利用者側に説明し文書にて同意を得ている   | <input type="checkbox"/> | 該当 | 退居等の翌月になくなった場合  |
|            | 退居等の際入院先の医療機関等に利用者の状態等の情報提供について本人又は家族に説明し文書にて同意を得ている                         | <input type="checkbox"/> | 該当 |                 |
|            | 本人又は家族に対する随時説明を口頭とした場合は介護記録に日時、内容及び同意を得た旨を記載している                             | <input type="checkbox"/> | 該当 |                 |
|            | 本人が十分に判断できる状態になく、かつ、家族に連絡して来てもらえない場合、介護記録に職員間の相談日時内容等及び本人家族の状況が記載されている       | <input type="checkbox"/> | 該当 |                 |
|            | 死亡日45日前から死亡日   | <input type="checkbox"/> | 該当 |                 |
|            | 退居した日の翌日から死亡日の間は算定しない  | <input type="checkbox"/> | 該当 |                 |
|            | 夜間看護体制加算を算定している  | <input type="checkbox"/> | 該当 |                 |
| 看取り介護加算（Ⅱ） | 加算を算定する期間において、夜勤又は宿直を行う看護職員の数が1以上  | <input type="checkbox"/> | 該当 |                 |
|            | 医師が医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した者看取りに関する指針を定め、入居の際に、利用者又はその家族等に対し、内容を説明し同意を得ている    | <input type="checkbox"/> | 該当 |                 |
|            | 医師、生活相談員、看護師、介護職員その他の職種の者（「医師等」という）が協議の上、看取りの実績等を踏まえ、適宜、看取りに関する指針の見直しを行っている。 | <input type="checkbox"/> | 該当 |                 |
|            | 看取りに関する職員研修を行っている  | <input type="checkbox"/> | 該当 |                 |
|            | 医師等が共同で作成した介護に係る計画が作成されている   | <input type="checkbox"/> | 該当 | 介護に係る計画書        |
|            | 医師等が介護に係る計画について説明し、同意を得ている   | <input type="checkbox"/> | 該当 |                 |
|            | 医師等が利用者の状態又は家族の求め等に応じ随時本人又は家族の説明、同意を得ている                                     | <input type="checkbox"/> | 該当 |                 |
|            | 自己負担の請求について利用者側に説明し文書にて同意を得ている   | <input type="checkbox"/> | 該当 | 退居等の翌月にななくなった場合 |
|            | 退居等の際入院先の医療機関等に利用者の状態等の情報提供について本人又は家族に説明し文書にて同意を得ている                         | <input type="checkbox"/> | 該当 |                 |
|            | 本人又は家族に対する随時説明を口頭とした場合は介護記録に日時、内容及び同意を得た旨を記載している                             | <input type="checkbox"/> | 該当 |                 |

| 点検項目         | 点検事項   | 点検結果                     |    |
|--------------|--|--------------------------|----|
|              | 本人が十分に判断できる状態になく、かつ、家族に連絡して来てもらえない場合、介護記録に職員間の相談日時内容等及び本人家族の状況が記載されている   | <input type="checkbox"/> | 該当 |
|              | 死亡日45日前から死亡日   | <input type="checkbox"/> | 該当 |
|              | 退居した日の翌日から死亡日の間は算定しない  | <input type="checkbox"/> | 該当 |
|              | 看取り介護加算（Ⅰ）を算定していない   | <input type="checkbox"/> | 該当 |
|              | 夜間看護体制加算を算定している  | <input type="checkbox"/> | 該当 |
| 科学的介護推進体制加算  | 利用者ごとのADL値（ADLの評価に基づき測定し値）、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の利用者の心身の状況等に係る基本的な情報を、厚生労働省（LIFE）に提出   | <input type="checkbox"/> | 実施 |
|              | 必要に応じて特定施設サービス計画を見直すなど、指定特定施設入所生活介護の提供に当たって、厚生労働省に提出する情報その他指定特定施設入所生活介護を適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用している                               | <input type="checkbox"/> | 実施 |
| 認知症専門ケア加算（Ⅰ） | 利用者総数のうち、日常生活に支障を来す症状又は行動があるため介護を必要とする認知症の者（日常生活自立度Ⅲ、Ⅳ又はMに該当）の占める割合が2分の1以上   | <input type="checkbox"/> | 該当 |
|              | 認知症介護に係る専門的な研修（認知症介護実践リーダー研修）を修了している者を対象者の数が20人未満の場合は1人以上、対象者が20人以上の場合は、1に対象者の数が19を超えて10又は端数を増すごとに1を加えた人数を配置し、チームとして専門的な認知症ケアの実施 | <input type="checkbox"/> | 該当 |
|              | 従業者に対して認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導の会議を定期的の実施   | <input type="checkbox"/> | 該当 |
| 認知症専門ケア加算（Ⅱ） | 利用者総数のうち、日常生活に支障を来す症状又は行動があるため介護を必要とする認知症の者（日常生活自立度Ⅲ、Ⅳ又はMに該当）の占める割合が2分の1以上   | <input type="checkbox"/> | 該当 |
|              | 認知症介護に係る専門的な研修（認知症介護実践リーダー研修）を修了している者を対象者の数が20人未満の場合は1人以上、対象者が20人以上の場合は、1に対象者の数が19を超えて10又は端数を増すごとに1を加えた人数を配置し、チームとして専門的な認知症ケアの実施 | <input type="checkbox"/> | 該当 |
|              | 従業者に対して認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導の会議を定期的の実施   | <input type="checkbox"/> | 該当 |

| 点検項目            | 点検事項  | 点検結果                     |    |             |
|-----------------|---|--------------------------|----|-------------|
|                 | 認知症介護の指導に係る専門的な研修修了者を1名以上配置し、事業所又は施設全体の認知症ケアの指導等を実施 | <input type="checkbox"/> | 該当 |             |
|                 | 介護職員、看護職員ごとの認知症ケアに関する研修計画の作成及び研修の実施（実施予定も含む）        | <input type="checkbox"/> | 該当 |             |
| サービス提供体制強化加算（Ⅰ） | 次の（１）又は（２）に該当                                       | <input type="checkbox"/> | 該当 |             |
|                 | （１）介護職員の総数のうち介護福祉士の占める割合が100分の70以上                  | <input type="checkbox"/> | 該当 |             |
|                 | （２）介護職員の総数のうち、勤続年数が10以上の介護福祉士の占める割合が100分の25以上       | <input type="checkbox"/> | 該当 |             |
|                 | 指定特定施設入居者生活介護の質の向上に資する取組を実施                         | <input type="checkbox"/> | 該当 |             |
|                 | 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（Ⅱ）、（Ⅲ）を算定していない                         | <input type="checkbox"/> | 該当 |             |
| サービス提供体制強化加算（Ⅱ） | 介護職員の総数のうち介護福祉士の占める割合が100分の60以上                     | <input type="checkbox"/> | 該当 |             |
|                 | 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（Ⅰ）、（Ⅲ）を算定していない                         | <input type="checkbox"/> | 該当 |             |
| サービス提供体制強化加算（Ⅲ） | 次の（１）、（２）、（３）のいずれかに該当                               | <input type="checkbox"/> | 該当 |             |
|                 | （１）介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の50以上                 | <input type="checkbox"/> | 該当 |             |
|                 | （２）看護・介護職員の総数のうち、常勤職員の占める割合が100分の75以上               | <input type="checkbox"/> | 該当 |             |
|                 | （３）直接提供する職員の総数のうち勤続7年以上の者の占める割合が100分の30以上           | <input type="checkbox"/> | 該当 |             |
|                 | 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（Ⅰ）、（Ⅱ）を算定していない                         | <input type="checkbox"/> | 該当 |             |
|                 | 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 | 介護職員処遇改善計画書 |
|                 | 2 介護職員処遇改善計画書の作成、周知、届出                              | <input type="checkbox"/> | あり | 介護職員処遇改善計画書 |
|                 | 3 賃金改善の実施   | <input type="checkbox"/> | あり |             |
|                 | 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 |             |

| 点検項目   | 点検事項   | 点検結果   |             |
|--|--|--|-------------|
| 介護職員処遇改善加算<br>(Ⅰ)  | 6 労働保険料の納付   | <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を定め、その内容について書面で作成し、全ての介護職員に周知  | <input type="checkbox"/> あり                                | 研修計画書       |
|  | (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の確保し、全ての介護職員に周知   | <input type="checkbox"/> あり                                |             |
| (三)経験もしくは資格等に応じて昇給する仕組み又は一定の基準に基づき定期的に昇給を判定する仕組みを設け、全ての職員に周知 | <input type="checkbox"/> あり  |  |             |
| 8 処遇改善の内容(賃金改善を除く)及び処遇改善に要する費用の見込額を全ての職員に周知                  | <input type="checkbox"/> あり  |  |             |
| 介護職員処遇改善加算<br>(Ⅱ)  | 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                                | 介護職員処遇改善計画書 |
|  | 2 介護職員処遇改善計画書の作成、周知、届出   | <input type="checkbox"/> あり                                | 介護職員処遇改善計画書 |
|  | 3 賃金改善の実施  | <input type="checkbox"/> あり                                |             |
|  | 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 労働保険料の納付   | <input type="checkbox"/> 適正に納付                             |             |
|  | 7 次の(一)、(二)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を定め、その内容について書面で作成し、全ての介護職員に周知<br>(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確保し、全ての介護職員に周知 | <input type="checkbox"/> あり<br><input type="checkbox"/> あり | 研修計画書       |
| 8 処遇改善の内容(賃金改善を除く)及び処遇改善に要する費用の見込額を全ての職員に周知                  | <input type="checkbox"/> あり  |  |             |
| 介護職員処遇改善加算<br>(Ⅲ)  | 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                                | 介護職員処遇改善計画書 |
|  | 2 介護職員処遇改善計画書の作成、周知、届出   | <input type="checkbox"/> あり                                | 介護職員処遇改善計画書 |
|  | 3 賃金改善の実施  | <input type="checkbox"/> あり                                |             |
|  | 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 労働保険料の納付   | <input type="checkbox"/> 適正に納付                             |             |

| 点検項目 | 点検事項   | 点検結果                     |    |                |                |
|------|--|--------------------------|----|----------------|----------------|
|      | 7 次の(一)、(二)のいずれかに適合<br>(一)任用の際の職責又は職務内容等の要件を定め、その内容について書面で作成し、全ての介護職員に周知<br>(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 処遇改善の内容(賃金改善を除く)及び処遇改善に要する費用の見込額を全ての職員に周知  | <input type="checkbox"/> | あり |                |                |
|      | 1 次の(一)、(二)、(三)、(四)のいずれにも適合し、賃金改善に要する費用の見込額が当該加算の算定見込額を上回る賃金改善計画の策定、計画に基づく措置の実施<br><br>(一) 経験・技能のある介護職員のうち一人は、賃金改善に要する費用の見込み額が月額8万円以上又は年額440万円以上<br>(二) 指定特定施設入居者生活介護事業所における経験・技能のある介護職員の賃金改善に要する費用の見込額の平均が介護職員(経験・技能のある介護職員を除く)の賃金改善に要する費用の見込額の平均を上回っている<br><br>(三) 介護職員(経験・技能のある介護職員を除く)の賃金改善に要する費用の見込額の平均が介護職員以外の職員の賃金改善に要する費用の見込額の平均の2倍以上(介護職員以外の職員の平均賃金額が介護職員(経験・技能のある介護職員を除く)の平均賃金額を上回らない場合を除く)<br><br>(四) 介護職員以外の職員の賃金改善後の見込額が年額440万円を上回らない | <input type="checkbox"/> | 該当 |                | 介護職員等特定処遇改善計画書 |
|      | (一) 経験・技能のある介護職員のうち一人は、賃金改善に要する費用の見込み額が月額8万円以上又は年額440万円以上  | <input type="checkbox"/> | 該当 |                |                |
|      | (二) 指定特定施設入居者生活介護事業所における経験・技能のある介護職員の賃金改善に要する費用の見込額の平均が介護職員(経験・技能のある介護職員を除く)の賃金改善に要する費用の見込額の平均を上回っている  | <input type="checkbox"/> | 該当 |                |                |
|      | (三) 介護職員(経験・技能のある介護職員を除く)の賃金改善に要する費用の見込額の平均が介護職員以外の職員の賃金改善に要する費用の見込額の平均の2倍以上(介護職員以外の職員の平均賃金額が介護職員(経験・技能のある介護職員を除く)の平均賃金額を上回らない場合を除く)   | <input type="checkbox"/> | 該当 |                |                |
|      | (四) 介護職員以外の職員の賃金改善後の見込額が年額440万円を上回らない  | <input type="checkbox"/> | 該当 |                |                |
|      | 2 介護職員等特定処遇改善計画書の作成、周知、届出  | <input type="checkbox"/> | 該当 | 介護職員等特定処遇改善計画書 |                |
|      | 3 賃金改善の実施  | <input type="checkbox"/> | 該当 |                |                |
|      | 4 処遇改善の実施の報告   | <input type="checkbox"/> | 該当 | 実績報告書          |                |
|      | 5 次の(一)又は(二)のいずれかを届出<br>(一) 特定施設入居者生活介護費の注5の入居継続支援加算(I)若しくは(II)<br>(二) 特定施設入居者生活介護費におけるサービス提供体制強化加算(I)若しくは(II)   | <input type="checkbox"/> | 該当 |                |                |
|      | 6 介護職員処遇改善加算(I)から(III)までのいずれかを算定   | <input type="checkbox"/> | あり |                |                |
|      | 7 処遇改善の内容(賃金改善を除く)及び処遇改善に要する費用の見込額を全ての職員に周知  | <input type="checkbox"/> | あり |                |                |

介護職員等特定処遇改善加算(I)

| 点検項目                                    | 点検事項   | 点検結果  |                          |                |                |
|---|--|---|--------------------------|----------------|----------------|
|   | 8 処遇改善の内容（賃金改善を除く）等についてインターネットの利用その他の適切な方法で公表  | <input type="checkbox"/>                      | あり                       |                |                |
| 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)                        | 1 次の（一）、（二）、（三）、（四）のいずれにも適合し、賃金改善に要する費用の見込額が当該加算の算定見込額を上回る賃金改善計画の策定、計画に基づく措置の実施<br>（一） 経験・技能のある介護職員のうち一人は、賃金改善に要する費用の見込み額が月額8万円以上又は年額440万円以上<br>（二） 指定特定施設入居者生活介護事業所における経験・技能のある介護職員の賃金改善に要する費用の見込額の平均が介護職員（経験・技能のある介護職員を除く）の賃金改善に要する費用の見込額の平均を上回っている<br>（三） 介護職員（経験・技能のある介護職員を除く）の賃金改善に要する費用の見込額の平均が介護職員以外の職員の賃金改善に要する費用の見込額の平均の2倍以上（介護職員以外の職員の平均賃金額が介護職員（経験・技能のある介護職員を除く）の平均賃金額を上回らない場合を除く）<br>（四） 介護職員以外の職員の賃金改善後の見込額が年額440万円を上回らない | <input type="checkbox"/>                      | 該当                       | 介護職員等特定処遇改善計画書 |                |
|   | 2 介護職員等特定処遇改善計画書の作成、周知、届出  | <input type="checkbox"/>                      | 該当                       |                | 介護職員等特定処遇改善計画書 |
|   | 3 賃金改善の実施  | <input type="checkbox"/>                      | 該当                       |                |                |
|   | 4 処遇改善の実施の報告   | <input type="checkbox"/>                      | 該当                       |                | 実績報告書          |
|   | 5 介護職員処遇改善加算（Ⅰ）から（Ⅲ）までのいずれかを算定   | <input type="checkbox"/>                      | あり                       |                |                |
|   | 6 処遇改善の内容（賃金改善を除く）及び処遇改善に要する費用の見込額を全ての職員に周知  | <input type="checkbox"/>                      | あり                       |                |                |
|   | 7 処遇改善の内容（賃金改善を除く）等についてインターネットの利用その他の適切な方法で公表  | <input type="checkbox"/>                      | あり                       |                |                |
|   | 介護職員等ベースアップ等支援加算   | 1 ベースアップ等要件 賃金改善に関する計画の策定、計画に基づく措置、処遇改善の実施の報告 | <input type="checkbox"/> |                | あり             |
| 2 処遇改善加算要件 介護職員処遇改善加算（Ⅰ）から（Ⅲ）までのいずれかを算定 |  | <input type="checkbox"/>                      | あり                       |                |                |



## 607 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費

| 点検項目        | 点検事項   | 点検結果                               |  |
|-------------|--|------------------------------------|--|
| 夜勤減算        | 利用者数25人以下  | <input type="checkbox"/> 看護・介護1人未満 |  |
|             | 利用者数26人以上60人以下   | <input type="checkbox"/> 看護・介護2人未満 |  |
|             | ユニット型・・・2ユニットごとに1以上  | <input type="checkbox"/> 満たさない     |  |
| ユニットケア減算    | 日中ユニットごとに常時1名以上の介護又は看護職員の配置  | <input type="checkbox"/> 未配置       |  |
|             | ユニットごとに常勤のユニットリーダーを配置  | <input type="checkbox"/> 未配置       |  |
| 身体拘束廃止未実施減算 | 身体拘束等を行う場合の記録を行っていない   | <input type="checkbox"/> 未整備       |  |
|             | 身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を3月に1回以上開催していない、身体的拘束等の適正化のための指針を整備していない又は身体的拘束等の適正化のための定期的な研修を実施していない   | <input type="checkbox"/> 未整備       |  |
|             | 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費又は経過的地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費の算定   | <input type="checkbox"/> 該当        |  |
|             | 次のいずれかに該当すること<br>・算定日の属する月の前6月間又は前12月間における新規入所者総数のうち要介護4・5の者が7割以上、<br>・算定日の属する月の前6月間又は前12月間における新規入所者総数のうち介護を必要とする認知症入所者（日常生活自立度Ⅲ以上）が6割5分以上<br>たんの吸引等を必要とする者が1割5分以上 | <input type="checkbox"/> 該当        |  |

| 点検項目              | 点検事項  | 点検結果   |  |
|-------------------|---|--|--|
| 日常生活継続支援加算<br>(I) | <p>介護福祉士の数 常勤換算で6：1以上。ただし、次に掲げる規定のいずれにも適合する場合は、介護福祉士の数が、常勤換算方法で、入所者の数が7又はその端数を増すごとに1以上であること。</p> <p>a 業務の効率化及び質の向上又は職員の負担の軽減に資する機器(以下「介護機器」という。)を複数種類使用していること。</p> <p>b 介護機器の使用に当たり、介護職員、看護職員、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、アセスメント(入所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。)及び入所者の身体の状態等の評価を行い、職員の配置の状況等の見直しを行っていること。</p> <p>c 介護機器を活用する際の安全体制及びケアの質の確保並びに職員の負担軽減に関する次に掲げる事項を実施し、かつ、介護機器を安全かつ有効に活用するための委員会を設置し、介護職員、看護職員、介護支援専門員その他の職種の者と共同して、当該委員会において必要な検討等を行い、及び当該事項の実施を定期的に確認すること。</p> <p>i 入所者の安全及びケアの質の確保</p> <p>ii 職員の負担の軽減及び勤務状況への配慮</p> <p>iii 介護機器の定期的な点検</p> <p>サービス提供体制強化加算の算定をしていない</p> <p>定員、人員基準に適合</p> | <p><input type="checkbox"/> 配置</p> <p><input type="checkbox"/> 該当</p> <p><input type="checkbox"/> 該当</p> |  |
|                   | <p>ユニット型地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費又は経過的ユニット型経過的地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費の算定</p> <p>次のいずれかに該当すること</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・算定日の属する月の前6月間又は前12月間における新規入所者総数のうち要介護4・5の者が7割以上、</li> <li>・算定日の属する月の前6月間又は前12月間における新規入所者総数のうち介護を必要とする認知症入所者(日常生活自立度Ⅲ以上)が6割5分以上</li> </ul> <p>たんの吸引等を必要とする者が1割5分以上</p>   | <p><input type="checkbox"/> 該当</p> <p><input type="checkbox"/> 該当</p>                                    |  |

| 点検項目              | 点検事項  | 点検結果                     |    |
|-------------------|---|--------------------------|----|
| 日常生活継続支援加算<br>(Ⅱ) | 介護福祉士の数 常勤換算で6:1以上。ただし、次に掲げる規定のいずれにも適合する場合は、介護福祉士の数が、常勤換算方法で、入所者の数が7又はその端数を増すごとに1以上であること。<br>a 業務の効率化及び質の向上又は職員の負担の軽減に資する機器(以下「介護機器」という。)を複数種類使用していること。<br>b 介護機器の使用に当たり、介護職員、看護職員、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、アセスメント(入所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。)及び入所者の身体の状態等の評価を行い、職員の配置の状況等の見直しを行っていること。<br>c 介護機器を活用する際の安全体制及びケアの質の確保並びに職員の負担軽減に関する次に掲げる事項を実施し、かつ、介護機器を安全かつ有効に活用するための委員会を設置し、介護職員、看護職員、介護支援専門員その他の職種の者と共同して、当該委員会において必要な検討等を行い、及び当該事項の実施を定期的に確認すること。<br>i 入所者の安全及びケアの質の確保<br>ii 職員の負担の軽減及び勤務状況への配慮<br>iii 介護機器の定期的な点検<br>iv 介護機器を安全かつ有効に活用するための職員研修 | <input type="checkbox"/> | 配置 |
|                   | サービス提供体制強化加算の算定をしていない   | <input type="checkbox"/> | 該当 |
|                   | 定員、人員基準に適合  | <input type="checkbox"/> | 該当 |
|                   |   |                          |    |
| 看護体制加算(Ⅰ)イ        | 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費又はユニット型地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費の算定  | <input type="checkbox"/> | 該当 |
|                   | 常勤の看護師を1名以上配置   | <input type="checkbox"/> | 該当 |
|                   | 定員、人員基準に適合  | <input type="checkbox"/> | 該当 |
| 看護体制加算(Ⅰ)ロ        | 経過的地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費又は経過的ユニット型経過的地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費の算定   | <input type="checkbox"/> | 該当 |
|                   | 常勤の看護師を1名以上配置   | <input type="checkbox"/> | 該当 |
|                   | 定員、人員基準に適合  | <input type="checkbox"/> | 該当 |

| 点検項目       | 点検事項  | 点検結果                        |  |
|------------|---|-----------------------------|--|
| 看護体制加算(Ⅱ)イ | 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護又はユニット型地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の算定            | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
|            | 看護職員を常勤換算で2名以上配置  | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
|            | 看護職員による24時間連絡できる体制の確保   | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
|            | 定員、人員基準に適合  | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
| 看護体制加算(Ⅱ)ロ | 経過的地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費又は経過的ユニット型経過的地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費の算定 | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
|            | 看護職員を常勤換算で2名以上配置  | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
|            | 看護職員による24時間連絡できる体制の確保   | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
|            | 定員、人員基準に適合  | <input type="checkbox"/> 該当 |  |

| 点検項目         | 点検事項  | 点検結果                        |  |
|--------------|---|-----------------------------|--|
| 夜勤職員配置加算(I)イ | 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費の算定  | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
|              | <p>夜勤を行う介護職員又は看護職員の数が、最低基準を1以上上回っている場合に算定する。</p> <p>ただし、①入所者の動向を検知できる見守り機器を入所者数の100分の10以上設置、②見守り機器を安全かつ有効に活用するための委員会を設置し必要な検討を実施のいずれにも適合している場合は、最低基準を0.9以上上回っている場合に算定する。</p> <p>なお、次に掲げる要件のいずれにも適合している場合には、最低基準を0.6以上上回っている場合に算定する。（ユニット型以外で夜勤職員基準第一号ロ（1）（一）fに基づき夜勤を行う介護職員又は看護職員を配置している場合にあっては、最低基準を0.8以上上回っている場合に算定する）</p> <p>①入所者の動向を検知できる見守り機器を入所者の数以上設置している</p> <p>②夜勤時間帯を通じて、夜勤を行う全ての介護職員又は看護職員が、情報通信機器を使用し、職員同士の連携促進が図られている</p> <p>③見守り機器等を活用する際の安全体制及びケアの質の確保並びに職員の負担軽減に関する次に掲げる事項を実施し、かつ、見守り機器等を安全かつ有効に活用するための委員会を設置し、介護職員、看護職員その他の職種の者と共同して、当該委員会において必要な検討等を行い、及び当該事項の実施を定期的に確認すること。</p> <p>(1) 夜勤を行う職員による居室への訪問を個別に必要とする入所者への訪問及び当該入所者に対する適切なケア等による入所者の安全及びケアの質の確保</p> <p>(2) 夜勤を行う職員の負担の軽減及び勤務状況への配慮</p> <p>(3) 見守り機器等の定期的な点検</p> <p>(4) 見守り機器等を安全かつ有効に活用するための職員研修</p> | <input type="checkbox"/> 該当 |  |

| 点検項目         | 点検事項  | 点検結果                        |  |
|--------------|---|-----------------------------|--|
| 夜勤職員配置加算(Ⅰ)口 | <p>経過的地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費の算定</p>  | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
|              | <p>夜勤を行う介護職員又は看護職員の数が、最低基準を1以上上回っている場合に算定する。<br/>           ただし、①入所者の動向を検知できる見守り機器を入所者数の100分の10以上設置、②見守り機器を安全かつ有効に活用するための委員会を設置し必要な検討を実施のいずれにも適合している場合は、最低基準を0.9以上上回っている場合に算定する。<br/>           なお、次に掲げる要件のいずれにも適合している場合には、最低基準を0.6以上上回っている場合に算定する。(ユニット型以外で夜勤職員基準第一号口(1)(一)fに基づき夜勤を行う介護職員又は看護職員を配置している場合にあっては、最低基準を0.8以上上回っている場合に算定する)<br/>           ①夜勤時間帯を通じて、入所者の動向を検知できる見守り機器を入所者の数以上設置している<br/>           ②夜勤時間帯を通じて、夜勤を行う全ての介護職員又は看護職員が、情報通信機器を使用し、職員同士の連携促進が図られている<br/>           ③見守り機器等を活用する際の安全体制及びケアの質の確保並びに職員の負担軽減に関する次に掲げる事項を実施し、かつ、見守り機器等を安全かつ有効に活用するための委員会を設置し、介護職員、看護職員その他の職種の者と共同して、当該委員会において必要な検討等を行い、及び当該事項の実施を定期的に確認すること。<br/>           (1) 夜勤を行う職員による居室への訪問を個別に必要とする入所者への訪問及び当該入所者に対する適切なケア等による入所者の安全及びケアの質の確保<br/>           (2) 夜勤を行う職員の負担の軽減及び勤務状況への配慮<br/>           (3) 見守り機器等の定期的な点検<br/>           (4) 見守り機器等を安全かつ有効に活用するための職員研修</p> | <input type="checkbox"/> 該当 |  |

| 点検項目         | 点検事項  | 点検結果                        |  |
|--------------|---|-----------------------------|--|
| 夜勤職員配置加算(Ⅱ)イ | ユニット型地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費の算定   | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
|              | <p>夜勤を行う介護職員又は看護職員の数が、最低基準を1以上上回っている場合に算定する。</p> <p>ただし、①入所者の動向を検知できる見守り機器を入所者数の100分の10以上設置、②見守り機器を安全かつ有効に活用するための委員会を設置し必要な検討を実施のいずれにも適合している場合は、最低基準を0.9以上上回っている場合に算定する。</p> <p>なお、次に掲げる要件のいずれにも適合している場合には、最低基準を0.6以上上回っている場合に算定する。</p> <p>①入所者の動向を検知できる見守り機器を入所者の数以上設置している</p> <p>②夜勤時間帯を通じて、夜勤を行う全ての介護職員又は看護職員が、情報通信機器を使用し、職員同士の連携促進が図られている</p> <p>③見守り機器等を活用する際の安全体制及びケアの質の確保並びに職員の負担軽減に関する次に掲げる事項を実施し、かつ、見守り機器等を安全かつ有効に活用するための委員会を設置し、介護職員、看護職員その他の職種の者と共同して、当該委員会において必要な検討等を行い、及び当該事項の実施を定期的に確認すること。</p> <p>(1) 夜勤を行う職員による居室への訪問を個別に必要とする入所者への訪問及び当該入所者に対する適切なケア等による入所者の安全及びケアの質の確保</p> <p>(2) 夜勤を行う職員の負担の軽減及び勤務状況への配慮</p> <p>(3) 見守り機器等の定期的な点検</p> <p>(4) 見守り機器等を安全かつ有効に活用するための職員研修</p> | <input type="checkbox"/> 該当 |  |

| 点検項目         | 点検事項  | 点検結果                        |  |
|--------------|---|-----------------------------|--|
| 夜勤職員配置加算(Ⅱ)口 | <p>経過的ユニット型経過的地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費の算定</p>  | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
|              | <p>夜勤を行う介護職員又は看護職員の数が、最低基準を1以上上回っている場合に算定する。<br/>           ただし、①入所者の動向を検知できる見守り機器を入所者数の100分の10以上設置、②見守り機器を安全かつ有効に活用するための委員会を設置し必要な検討を実施のいずれにも適合している場合は、最低基準を0.9以上上回っている場合に算定する。<br/>           なお、次に掲げる要件のいずれにも適合している場合には、最低基準を0.6以上上回っている場合に算定する。<br/>           ①入所者の動向を検知できる見守り機器を入所者の数以上設置している<br/>           ②夜勤時間帯を通じて、夜勤を行う全ての介護職員又は看護職員が、情報通信機器を使用し、職員同士の連携促進が図られている<br/>           ③見守り機器等を活用する際の安全体制及びケアの質の確保並びに職員の負担軽減に関する次に掲げる事項を実施し、かつ、見守り機器等を安全かつ有効に活用するための委員会を設置し、介護職員、看護職員その他の職種の者と共同して、当該委員会において必要な検討等を行い、及び当該事項の実施を定期的に確認すること。<br/>           (1) 夜勤を行う職員による居室への訪問を個別に必要とする入所者への訪問及び当該入所者に対する適切なケア等による入所者の安全及びケアの質の確保<br/>           (2) 夜勤を行う職員の負担の軽減及び勤務状況への配慮<br/>           (3) 見守り機器等の定期的な点検<br/>           (4) 見守り機器等を安全かつ有効に活用するための職員研修</p> | <input type="checkbox"/> 該当 |  |



| 点検項目             | 点検事項  | 点検結果                        |  |
|------------------|---|-----------------------------|--|
| 夜勤職員配置加算（Ⅲ）<br>イ | 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費の算定  | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
|                  | <p>夜勤を行う介護職員又は看護職員の数が、最低基準を1以上上回っている場合に算定する。</p> <p>ただし、①入所者の動向を検知できる見守り機器を入所者数の100分の10以上設置、②見守り機器を安全かつ有効に活用するための委員会を設置し必要な検討を実施のいずれにも適合している場合は、最低基準を0.9以上上回っている場合に算定する。</p> <p>なお、次に掲げる要件のいずれにも適合している場合には、最低基準を0.6以上上回っている場合に算定する。（ユニット型以外で夜勤職員基準第一号ロ（1）（一）fに基づき夜勤を行う介護職員又は看護職員を配置している場合にあっては、最低基準を0.8以上上回っている場合に算定する）</p> <p>①入所者の動向を検知できる見守り機器を入所者の数以上設置している</p> <p>②夜勤時間帯を通じて、夜勤を行う全ての介護職員又は看護職員が、情報通信機器を使用し、職員同士の連携促進が図られている</p> <p>③見守り機器等を活用する際の安全体制及びケアの質の確保並びに職員の負担軽減に関する次に掲げる事項を実施し、かつ、見守り機器等を安全かつ有効に活用するための委員会を設置し、介護職員、看護職員その他の職種の者と共同して、当該委員会において必要な検討等を行い、及び当該事項の実施を定期的に確認すること。</p> <p>(1) 夜勤を行う職員による居室への訪問を個別に必要とする入所者への訪問及び当該入所者に対する適切なケア等による入所者の安全及びケアの質の確保</p> <p>(2) 夜勤を行う職員の負担の軽減及び勤務状況への配慮</p> <p>(3) 見守り機器等の定期的な点検</p> <p>(4) 見守り機器等を安全かつ有効に活用するための職員研修</p> | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
|                  | 夜勤時間帯を通じ看護職員又は①社会福祉士及び介護福祉士法施行規則第1条各号のいずれかの行為の実地研修を修了した介護福祉士、②特定登録証の交付を受けた特定登録者、③新特定登録証の交付を受けている新特定登録者、④認定特定行為業務従事者のいずれかを1人以上配置し、①②③の場合は喀痰吸引等業務登録を、④の場合は特定行為業務の登録を受けている。  | <input type="checkbox"/> 該当 |  |

| 点検項目             | 点検事項  | 点検結果 |  |
|------------------|---|------|--|
| 夜勤職員配置加算（Ⅲ）<br>□ | 経過的地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費の算定   | □ 該当 |  |
|                  | <p>夜勤を行う介護職員又は看護職員の数が、最低基準を1以上上回っている場合に算定する。</p> <p>ただし、①入所者の動向を検知できる見守り機器を入所者数の100分の10以上設置、②見守り機器を安全かつ有効に活用するための委員会を設置し必要な検討を実施のいずれにも適合している場合は、最低基準を0.9以上上回っている場合に算定する。</p> <p>なお、次に掲げる要件のいずれにも適合している場合には、最低基準を0.6以上上回っている場合に算定する。（ユニット型以外で夜勤職員基準第一号ロ（1）（一）fに基づき夜勤を行う介護職員又は看護職員を配置している場合にあつては、最低基準を0.8以上上回っている場合に算定する）</p> <p>①入所者の動向を検知できる見守り機器を入所者の数以上設置している</p> <p>②夜勤時間帯を通じて、夜勤を行う全ての介護職員又は看護職員が、情報通信機器を使用し、職員同士の連携促進が図られている</p> <p>③見守り機器等を活用する際の安全体制及びケアの質の確保並びに職員の負担軽減に関する次に掲げる事項を実施し、かつ、見守り機器等を安全かつ有効に活用するための委員会を設置し、介護職員、看護職員その他の職種の者と共同して、当該委員会において必要な検討等を行い、及び当該事項の実施を定期的に確認すること。</p> <p>(1) 夜勤を行う職員による居室への訪問を個別に必要とする入所者への訪問及び当該入所者に対する適切なケア等による入所者の安全及びケアの質の確保</p> <p>(2) 夜勤を行う職員の負担の軽減及び勤務状況への配慮</p> <p>(3) 見守り機器等の定期的な点検</p> <p>(4) 見守り機器等を安全かつ有効に活用するための職員研修</p> | □ 該当 |  |
|                  | 夜勤時間帯を通じ看護職員又は①社会福祉士及び介護福祉士法施行規則第1条各号のいずれかの行為の実地研修を修了した介護福祉士、②特定登録証の交付を受けた特定登録者、③新特定登録証の交付を受けている新特定登録者、④認定特定行為業務従事者のいずれかを1人以上配置し、①②③の場合は喀痰吸引等業務登録を、④の場合は特定行為業務の登録を受けている。  | □ 該当 |  |

| 点検項目               | 点検事項  | 点検結果                        |  |
|--------------------|---|-----------------------------|--|
| 夜勤職員配置加算 (IV)<br>イ | ユニット型地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費の算定   | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
|                    | <p>夜勤を行う介護職員又は看護職員の数が、最低基準を1以上上回っている場合に算定する。</p> <p>ただし、①入所者の動向を検知できる見守り機器を入所者数の100分の10以上設置、②見守り機器を安全かつ有効に活用するための委員会を設置し必要な検討を実施のいずれにも適合している場合は、最低基準を0.9以上上回っている場合に算定する。</p> <p>なお、次に掲げる要件のいずれにも適合している場合には、最低基準を0.6以上上回っている場合に算定する。</p> <p>①入所者の動向を検知できる見守り機器を入所者の数以上設置している</p> <p>②夜勤時間帯を通じて、夜勤を行う全ての介護職員又は看護職員が、情報通信機器を使用し、職員同士の連携促進が図られている</p> <p>③見守り機器等を活用する際の安全体制及びケアの質の確保並びに職員の負担軽減に関する次に掲げる事項を実施し、かつ、見守り機器等を安全かつ有効に活用するための委員会を設置し、介護職員、看護職員その他の職種の者と共同して、当該委員会において必要な検討等を行い、及び当該事項の実施を定期的に確認すること。</p> <p>(1) 夜勤を行う職員による居室への訪問を個別に必要とする入所者への訪問及び当該入所者に対する適切なケア等による入所者の安全及びケアの質の確保</p> <p>(2) 夜勤を行う職員の負担の軽減及び勤務状況への配慮</p> <p>(3) 見守り機器等の定期的な点検</p> <p>(4) 見守り機器等を安全かつ有効に活用するための職員研修</p> | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
|                    | 夜勤時間帯を通じ看護職員又は①社会福祉士及び介護福祉士法施行規則第1条各号のいずれかの行為の実地研修を修了した介護福祉士、②特定登録証の交付を受けた特定登録者、③新特定登録証の交付を受けている新特定登録者、④認定特定行為業務従事者のいずれかを1人以上配置し、①②③の場合は喀痰吸引等業務登録を、④の場合は特定行為業務の登録を受けている。  | <input type="checkbox"/> 該当 |  |

| 点検項目               | 点検事項   | 点検結果 |  |
|--------------------|--|------|--|
| 夜勤職員配置加算 (IV)<br>□ | <p>経過的ユニット型経過型的地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費の算定</p>  | □ 該当 |  |
|                    | <p>夜勤を行う介護職員又は看護職員の数が、最低基準を1以上上回っている場合に算定する。<br/>ただし、①入所者の動向を検知できる見守り機器を入所者数の100分の10以上設置、②見守り機器を安全かつ有効に活用するための委員会を設置し必要な検討を実施のいずれにも適合している場合は、最低基準を0.9以上上回っている場合に算定する。<br/>なお、次に掲げる要件のいずれにも適合している場合には、最低基準を0.6以上上回っている場合に算定する。<br/>①入所者の動向を検知できる見守り機器を入所者の数以上設置している<br/>②夜勤時間帯を通じて、夜勤を行う全ての介護職員又は看護職員が、情報通信機器を使用し、職員同士の連携促進が図られている<br/>③見守り機器等を活用する際の安全体制及びケアの質の確保並びに職員の負担軽減に関する次に掲げる事項を実施し、かつ、見守り機器等を安全かつ有効に活用するための委員会を設置し、介護職員、看護職員その他の職種の者と共同して、当該委員会において必要な検討等を行い、及び当該事項の実施を定期的に確認すること。<br/>(1) 夜勤を行う職員による居室への訪問を個別に必要とする入所者への訪問及び当該入所者に対する適切なケア等による入所者の安全及びケアの質の確保<br/>(2) 夜勤を行う職員の負担の軽減及び勤務状況への配慮<br/>(3) 見守り機器等の定期的な点検<br/>(4) 見守り機器等を安全かつ有効に活用するための職員研修</p> | □ 該当 |  |
|                    | <p>夜勤時間帯を通じ看護職員又は①社会福祉士及び介護福祉士法施行規則第1条各号のいずれかの行為の現地研修を修了した介護福祉士、②特定登録証の交付を受けた特定登録者、③新特定登録証の交付を受けている新特定登録者、④認定特定行為業務従事者のいずれかを1人以上配置し、①②③の場合は喀痰吸引等業務登録を、④の場合は特定行為業務の登録を受けている。</p>  | □ 該当 |  |

| 点検項目        | 点検事項  | 点検結果                             |           |
|-------------|---|----------------------------------|-----------|
| 準ユニットケア加算   | 12人を標準とする準ユニットでケアを実施  | <input type="checkbox"/> あり      |           |
|             | 個室的なしつらえ、準ユニットごとに共同生活室の設置   | <input type="checkbox"/> あり      |           |
|             | 日中、準ユニットごとに1人以上の介護・看護職員の配置  | <input type="checkbox"/> 配置      |           |
|             | 夜間、深夜に2準ユニットごとに1人以上の介護・看護職員の配置  | <input type="checkbox"/> 配置      |           |
|             | 準ユニットごとに常勤のユニットリーダー配置   | <input type="checkbox"/> 配置      |           |
| 生活機能向上連携加算Ⅰ | 指定訪問リハビリテーション事業所、指定通所リハビリテーション事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は医師が、施設を訪問し、機能訓練指導員等と共同して利用者又は入所者ごとに個別機能訓練計画を作成している       | <input type="checkbox"/> 作成      |           |
|             | 当該計画に基づき、計画的に機能訓練を行っている   | <input type="checkbox"/> 実施      |           |
| 生活機能向上連携加算Ⅰ | 指定訪問リハビリテーション事業所、指定通所リハビリテーション事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は医師の助言に基づき、機能訓練指導員等が共同して利用者の身体状況等の評価及び個別機能訓練計画の作成を行っていること | <input type="checkbox"/> 作成      |           |
|             | 機能訓練を適切に提供している  | <input type="checkbox"/> 実施      |           |
|             | 進捗状況等を説明、必要に応じて訓練内容の見直し   | <input type="checkbox"/> 3月ごとに実施 |           |
| 生活機能向上連携加算Ⅱ | 指定訪問リハビリテーション事業所、指定通所リハビリテーション事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は医師の助言に基づき、機能訓練指導員等が共同して利用者の身体状況等の評価及び個別機能訓練計画の作成を行っていること | <input type="checkbox"/> 作成      |           |
|             | 機能訓練を適切に提供している  | <input type="checkbox"/> 実施      |           |
|             | 進捗状況等を説明、必要に応じて訓練内容の見直し   | <input type="checkbox"/> 3月ごとに実施 |           |
| 個別機能訓練加算Ⅰ   | 個別機能訓練開始時の利用者への説明・記録の有無   | <input type="checkbox"/> あり      |           |
|             | 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1人以上配置   | <input type="checkbox"/> 配置      |           |
|             | 多職種協働による個別機能訓練計画の作成   | <input type="checkbox"/> 作成      | 個別機能訓練計画書 |

| 点検項目           | 点検事項  | 点検結果                             |  |
|----------------|---|----------------------------------|--|
| 個別機能訓練加算Ⅱ      | 個別機能訓練加算(Ⅰ)を算定している  | <input type="checkbox"/> 算定      |  |
|                | 個別機能訓練計画の内容等の情報を厚生労働省に提出し、当該情報その他機能訓練の適切かつ有効な実施のために必要な情報を利用した場合                                     | <input type="checkbox"/> 該当      |  |
| ADL維持等加算(Ⅰ)    | 評価対象者の総数が10人以上である   | <input type="checkbox"/> 該当      |  |
|                | 評価対象者全員について、評価対象利用期間の初月においてと、当該月の翌月から起算して6月目において、ADLを評価し、ADL値を測定し、測定した日が属する月ごとに厚生労働省に当該測定を提出していること。 | <input type="checkbox"/> 該当      |  |
| ADL維持等加算(Ⅱ)    | 評価対象者のADL利得の平均値が1以上   | <input type="checkbox"/> 該当      |  |
|                | 評価対象者の総数が10人以上である   | <input type="checkbox"/> 該当      |  |
|                | 評価対象者全員について、評価対象利用期間の初月においてと、当該月の翌月から起算して6月目において、ADLを評価し、ADL値を測定し、測定した日が属する月ごとに厚生労働省に当該測定を提出していること  | <input type="checkbox"/> 該当      |  |
| 若年性認知症利用者受入加算  | 評価対象者のADL利得の平均値が2以上   | <input type="checkbox"/> 該当      |  |
|                | 若年性認知症利用者ごとに個別に担当者定める   | <input type="checkbox"/> 該当      |  |
| 常勤医師配置加算       | 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      |  |
|                | 認知症行動・心理症状緊急対応加算を算定していない  | <input type="checkbox"/> 該当      |  |
| 精神科医師配置加算      | 専ら職務に従事する常勤の医師1名以上配置  | <input type="checkbox"/> 配置      |  |
|                | 医師が診断した認知症入所者が全入所者の3分の1以上   | <input type="checkbox"/> 満たす     |  |
|                | 精神科担当医師が月2回以上定期的に療養指導を実施  | <input type="checkbox"/> 実施      |  |
| 障害者生活支援体制加算(Ⅰ) | 常勤医師加算の算定   | <input type="checkbox"/> 算定していない |  |
|                | 視覚、聴覚若しくは言語機能に障害のある者、知的障害者又は精神障害者である入所者占める割合が100分の30以上  | <input type="checkbox"/> 満たす     |  |
| 障害者生活支援体制加算(Ⅱ) | 専ら障害者生活支援員としての職務に従事する常勤職員1名以上配置   | <input type="checkbox"/> 配置      |  |
|                | 入所者のうち、視覚障害者等である入所者の占める割合が100分の50以上   | <input type="checkbox"/> 満たす     |  |
| 入院・外泊時費用       | 専ら障害者生活支援員としての職務に従事する常勤職員2名以上配置   | <input type="checkbox"/> 配置      |  |
|                | 入院又は外泊をした場合   | <input type="checkbox"/> 6日以下    |  |
|                | 短期入所生活介護のベッドへの活用の有無   | <input type="checkbox"/> なし      |  |

| 点検項目           | 点検事項   | 点検結果                          |      |
|----------------|--|-------------------------------|------|
| 外泊時在宅サービス利用の費用 | 居宅における外泊を認め、居宅サービスを提供する場合  | <input type="checkbox"/> 6日以下 |      |
|                | 短期入所生活介護のベッドの活用の有無   | <input type="checkbox"/> なし   |      |
| 初期加算           | 入所した日から起算して30日以内   | <input type="checkbox"/>      |      |
|                | 算定期間中の外泊の有無  | <input type="checkbox"/> なし   |      |
|                | 過去3月間の当該施設への入所(自立度判定基準によるⅢ、Ⅳ、Ⅴの場合は1月間)                                     | <input type="checkbox"/> なし   |      |
|                | 30日以上入院後の再入所   | <input type="checkbox"/> あり   |      |
| 再入所時栄養連携加算     | 入所時に経口により食事を摂取していた者が、医療機関に入院し、当該入院中に、経管栄養又は嚥下調整食の新規導入となった場合                | <input type="checkbox"/> 該当   |      |
|                | 当該者が退院後に直ちに再度当該施設に入所した場合   | <input type="checkbox"/> 該当   |      |
|                | 施設の管理栄養士が当該病院又は診療所の管理栄養士と連携し当該者に関する栄養ケア計画を策定                               | <input type="checkbox"/> 策定   |      |
| 退所前訪問相談援助加算    | 入所期間が1月以上(見込みを含む)  | <input type="checkbox"/> 満たす  |      |
|                | 介護支援専門員、生活相談員、看護職員、機能訓練指導員又は医師のいずれかが退所後生活する居宅を訪問し、利用者及び家族に対し相談援助を実施(2回を限度) | <input type="checkbox"/> 満たす  |      |
|                | 退所後30日以内に入所者及び家族等に対し相談援助を実施  | <input type="checkbox"/> 満たす  |      |
|                | 退所の理由が病院、診療所、他の介護保険施設への入院・入所、死亡ではない  | <input type="checkbox"/> 満たす  |      |
|                | 相談援助の実施日、内容の記録の整備  | <input type="checkbox"/> 満たす  | 相談記録 |
| 退所後訪問相談援助加算    | 介護支援専門員、生活相談員、看護職員、機能訓練指導員、医師のいずれかが居宅を訪問                                   | <input type="checkbox"/> 満たす  |      |
|                | 退所後30日以内に入所者及び家族等に対し相談援助を実施  | <input type="checkbox"/> 満たす  |      |
|                | 相談援助の実施日、内容の記録の整備  | <input type="checkbox"/> 満たす  | 相談記録 |
| 退所時相談援助加算      | 入所期間が1月以上  | <input type="checkbox"/> 満たす  |      |
|                | 退所時に入所者等に対し退所後の居宅サービス等についての相談援助を実施   | <input type="checkbox"/> 満たす  |      |
|                | 退所日から2週間以内に市町村、老人介護支援センターに対し、利用者の同意を得て介護状況を示す文書による情報提供                     | <input type="checkbox"/> 満たす  |      |

| 点検項目         | 点検事項  | 点検結果                            |              |
|--------------|---|---------------------------------|--------------|
|              | 退所の理由が病院、診療所、他の介護保険施設への入院・入所、死亡ではない   | <input type="checkbox"/> 満たす    |              |
|              | 相談援助の実施日、内容の記録の整備   | <input type="checkbox"/> 満たす    | 相談記録         |
| 退所前連携加算      | 入所期間が1月以上   | <input type="checkbox"/> 満たす    |              |
|              | 退所に先だって居宅介護支援事業者に対し、利用者の同意を得て介護状況を示す文書による情報提供をし、かつ、居宅サービス等の利用に関する調整を実施  | <input type="checkbox"/> 満たす    |              |
|              | 退所の理由が病院、診療所、他の介護保険施設への入院・入所、死亡ではない   | <input type="checkbox"/> 満たす    |              |
|              | 連携を行った日、内容に関する記録の整備   | <input type="checkbox"/> 満たす    | 相談記録         |
| 栄養マネジメント強化加算 | 常勤換算方法で、入所者の数を50で除して得た数以上の管理栄養士を配置。ただし、常勤の栄養士を1名以上配置し、当該栄養士が給食管理を行っている場合にあっては、管理栄養士を常勤換算方法で、入所者の数を70で除して得た数以上配置 | <input type="checkbox"/> 配置     |              |
|              | 医師、管理栄養士等多職種協働で栄養ケア計画の作成  | <input type="checkbox"/> 実施     |              |
|              | 当該入所者の栄養管理をするための食事の観察を定期的に行い、当該入所者ごとの栄養状態、心身の状況及び嗜好を踏まえた食事の調整等を実施   | <input type="checkbox"/> 実施     |              |
|              | 入所者ごとの栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し、継続的な栄養管理の実施に当たって、当該情報その他継続的な栄養管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用                                 | <input type="checkbox"/> 該当     |              |
|              | 定員、人員基準に適合  | <input type="checkbox"/> あり     |              |
| 経口移行加算       | 定員、人員基準に適合  | <input type="checkbox"/> あり     |              |
|              | 経口による食事摂取のための栄養管理が必要と医師の指示を受けている  | <input type="checkbox"/> 受けている  |              |
|              | 誤嚥性肺炎防止のためのチェック   | <input type="checkbox"/> あり     |              |
|              | 医師、管理栄養士等多職種協働で経口移行計画の作成  | <input type="checkbox"/> あり     | 経口移行計画（参考様式） |
|              | 計画を入所者又は家族に説明し、同意を得る  | <input type="checkbox"/> あり     |              |
|              | 計画に基づく栄養管理の実施   | <input type="checkbox"/> 実施     |              |
|              | 計画作成日から起算して180日以内   | <input type="checkbox"/> 180日以内 |              |



| 点検項目      | 点検事項  | 点検結果  |              |
|-----------|---|---|--------------|
|           | 180日を超える場合の医師の指示の有無   | <input type="checkbox"/> あり                                     |              |
|           | 180日を超えて算定する場合の定期的な医師の指示  | <input type="checkbox"/> おおむね2週間毎に実施                            |              |
| 経口維持加算(Ⅰ) | 定員、人員基準に適合  | <input type="checkbox"/> あり                                     |              |
|           | 入所者の摂食・嚥下機能が医師の診断により適切に評価   | <input type="checkbox"/> 受けている                                  |              |
|           | 誤嚥等が発生した場合の管理体制が整備されている   | <input type="checkbox"/> されている                                  |              |
|           | 食形態の配慮等誤嚥防止のための適切な配慮の有無   | <input type="checkbox"/> あり                                     |              |
|           | 医師、歯科医師等多職種協働で経口維持計画の作成   | <input type="checkbox"/> あり                                     | 経口維持計画(参考様式) |
|           | 計画を入所者又は家族に説明し、同意を得る  | <input type="checkbox"/> あり                                     |              |
|           | 計画に従い、医師又は歯科医師の指示を受けた管理栄養士又は栄養士が、栄養管理を実施<br>経口移行加算を算定していない                          | <input type="checkbox"/> 実施<br><input type="checkbox"/> 算定していない |              |
| 経口維持加算(Ⅱ) | 協力歯科医療機関を定めている  | <input type="checkbox"/> 定めている                                  |              |
|           | 経口維持加算Ⅰを算定している  | <input type="checkbox"/> 算定している                                 |              |
|           | 食事の観察及び会議等に、医師(指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準第2条第1項に規定する医師を除く)、歯科医師、歯科衛生士又は言語聴覚士が参加している | <input type="checkbox"/> 参加している                                 |              |
|           | 歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士の技術的助言及び指導に基づき、入所者の口腔衛生等の管理に係る計画が作成されている                      | <input type="checkbox"/> 該当                                     |              |
|           | 歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、入所者に口腔ケアを月2回以上行う  | <input type="checkbox"/> 月2回以上                                  |              |
|           | 歯科衛生士が、入所者に係る口腔ケアについて、介護職員に対し、具体的な技術的助言及び指導を行っている                                   | <input type="checkbox"/> 行っている                                  |              |
|           | 歯科衛生士が、入所者の口腔に関する介護職員からの相談等に対応している  | <input type="checkbox"/> 対応している                                 |              |

| 点検項目   | 点検事項   | 点検結果                            |      |
|--|--|---------------------------------|------|
| 口腔衛生管理加算（Ⅰ）  | 入所者又は家族等への説明、同意  | <input type="checkbox"/> あり     | 実施記録 |
|  | 口腔に関する問題点、歯科医師からの指示内容の要点、歯科衛生士が実施した口腔ケアの内容、当該入所者に係る口腔ケアについて介護職員への具体的な技術的助言及び指導の内容及びその他必要と思われる事項に係る記録が作成され保管されている           | <input type="checkbox"/> 該当     |      |
|  | 歯科衛生士が、介護職員から当該入所者の口腔に関する相談等に必要に応じて対応するとともに、当該入所者の口腔の状態により医療保険における対応が必要となる場合には、適切な歯科医療サービスが提供されるよう当該歯科医師及び当該施設への情報提供を行っている | <input type="checkbox"/> 行っている  |      |
| 口腔衛生管理加算（Ⅱ）  | 歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士の技術的助言及び指導に基づき、入所者の口腔衛生等の管理に係る計画が作成されている   | <input type="checkbox"/> 該当     | 実施記録 |
|  | 歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、入所者に口腔ケアを月2回以上行う   | <input type="checkbox"/> 月2回以上  |      |
|  | 歯科衛生士が、入所者に係る口腔ケアについて、介護職員に対し、具体的な技術的助言及び指導を行っている  | <input type="checkbox"/> 行っている  |      |
|  | 歯科衛生士が、入所者の口腔に関する介護職員からの相談等に対応している   | <input type="checkbox"/> 対応している |      |
|  | 入所者又は家族等への説明、同意  | <input type="checkbox"/>        |      |
|  | 口腔に関する問題点、歯科医師からの指示内容の要点、歯科衛生士が実施した口腔ケアの内容、当該入所者に係る口腔ケアについて介護職員への具体的な技術的助言及び指導の内容及びその他必要と思われる事項に係る記録が作成され保管されている           | <input type="checkbox"/> 該当     |      |
|  | 歯科衛生士が、介護職員から当該入所者の口腔に関する相談等に必要に応じて対応するとともに、当該入所者の口腔の状態により医療保険における対応が必要となる場合には、適切な歯科医療サービスが提供されるよう当該歯科医師及び当該施設への情報提供を行っている | <input type="checkbox"/> 行っている  |      |
|  | 入所者ごとの口腔衛生等の管理に係る情報を厚生労働省に提出   | <input type="checkbox"/> 該当     |      |
| 口腔衛生の管理の実施に当たって、当該情報その他口腔衛生の管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用している | <input type="checkbox"/> 該当  |                                 |      |
|  | 管理栄養士又は栄養士による食事提供の管理の実施  | <input type="checkbox"/> あり     |      |
|  | 利用者の状況により適切な栄養量及び内容の食事提供を実施  | <input type="checkbox"/> あり     |      |
|  | 定員、人員基準に適合   | <input type="checkbox"/> あり     |      |

| 点検項目        | 点検事項   | 点検結果                                     |        |
|-------------|--|--|--------|
| 療養食加算       | 疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事せんに基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する糖尿病食、腎臓病食、肝臓病食、胃潰瘍食、貧血食、膵臓病食、高脂血症食、痛風食及び特別な場合の検査食の提供    | <input type="checkbox"/> あり              |        |
|             | 療養食の献立の作成の有無   | <input type="checkbox"/> あり              | 療養食献立表 |
| 配置医師緊急時対応加算 | 入所者に対する緊急時の注意事項や病状等についての情報共有の方法及び曜日や時間帯ごとの医師との連絡方法や診察を依頼するタイミングなどについて、配置医師と施設の間で、具体的な取り決めがなされている       | <input type="checkbox"/> 具体的な取り決めがなされている |        |
|             | 複数名の配置医師を置いていること、若しくは配置医師と協力医療機関の医師が連携し、施設の求めに応じて24時間対応できる体制を確保している                                    | <input type="checkbox"/> 配置              |        |
|             | 看護体制加算（Ⅱ）を算定している   | <input type="checkbox"/> 算定している          |        |
|             | 早朝・夜間又は深夜に施設を訪問し、診療を行う必要があった理由を記録している  | <input type="checkbox"/> 記録している          |        |
| 看取り介護加算（Ⅰ）  | 医師が医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断   | <input type="checkbox"/> あり              |        |
|             | 医師、看護職員、介護支援専門員その他の職種の者（以下「医師等」という）が共同で作成した入所者の介護に係る計画について、医師等のうちその内容に応じた適当な者から説明を受け、入所者又はその家族等が同意している | <input type="checkbox"/> あり              |        |
|             | 看取りに関する指針に基づき、入所者の状態又は家族の求め等に応じ随時、医師等の相互の連携の下、介護記録等入所者に関する記録を活用し行われる介護についての説明を受け、同意した上で介護を受けている        | <input type="checkbox"/> あり              |        |
|             | 入所者に関する記録を活用した説明資料の作成とその写しの提供  | <input type="checkbox"/> あり              |        |
|             | 常勤の看護師を1名以上配置し、看護職員、又は病院等の看護職員との連携による24時間連絡できる体制を確保  | <input type="checkbox"/> あり              |        |
|             | 24時間連絡できる体制（連絡対応体制に関する指針やマニュアル等が整備され、看護職員不在時の介護職員の観察項目の標準化がされ、看護介護職員に研修等で周知されている等）が整備されている             | <input type="checkbox"/> 該当              |        |
|             | 看取りに関する指針を定め、入所の際に入所者又はその家族等に内容説明、同意の有無  | <input type="checkbox"/> あり              |        |
|             | 医師、看護職員、介護職員、介護支援専門員その他の職種の者による協議の上、当該施設における看取りの実績等を踏まえ、適宜、看取りに関する指針の見直しを行うこと                          | <input type="checkbox"/> あり              |        |

| 点検項目         | 点検事項   | 点検結果                              |                              |
|--------------|--|-----------------------------------|------------------------------|
|              | 看取りに関する職員研修の実施   | <input type="checkbox"/> あり       |                              |
|              | 看取りを行う際の個室又は静養室の利用が可能となる配慮   | <input type="checkbox"/> あり       |                              |
|              | (1) 死亡日以前31日以上45日以内  | <input type="checkbox"/> 1日72単位   |                              |
|              | (2) 死亡日以前4日以上30日以内   | <input type="checkbox"/> 1日144単位  |                              |
|              | (3) 死亡日の前日及び前々日  | <input type="checkbox"/> 1日680単位  |                              |
|              | (4) 死亡日  | <input type="checkbox"/> 1日1280単位 |                              |
| 看取り介護加算(Ⅱ)   | 上記に加え、配置医師緊急時対応加算の施設基準に該当  | <input type="checkbox"/> 該当       |                              |
| 在宅復帰支援機能加算   | 算定日の属する月の前6月間の退所者(在宅・入所相互利用加算対象者を除く。)総数のうち在宅で介護を受けることとなった者(入所期間1月超に限る。)の割合が2割超 | <input type="checkbox"/> 該当       |                              |
|              | 退所日から30日以内に居宅を訪問すること又は居宅介護支援事業者から情報提供を受け、在宅生活が1月以上継続することの確認、記録の実施              | <input type="checkbox"/> あり       |                              |
|              | 入所者の家族との連絡調整の実施  | <input type="checkbox"/> あり       |                              |
|              | 入所者が希望する居宅介護支援事業者に対し、必要な情報提供、退所後の利用サービス調整の実施                                   | <input type="checkbox"/> あり       | 介護状況を示す文書                    |
|              | 算定根拠等の関係書類の整備の有無   | <input type="checkbox"/> あり       |                              |
| 在宅・入所相互利用加算  | あらかじめ在宅期間、入所期間を定め、文書による同意を得ている   | <input type="checkbox"/> あり       | 同意書                          |
|              | 介護に関する目標、方針等について利用者等への説明及び合意の有無  | <input type="checkbox"/> あり       |                              |
|              | 施設の介護支援専門員、介護職員等、在宅の介護支援専門員等との支援チームの結成   | <input type="checkbox"/> あり       |                              |
|              | おおむね1月に1回のカンファレンスの実施及び記録の有無  | <input type="checkbox"/> あり       | 次期在宅期間、入所期間の介護の目標及び方針をまとめた記録 |
| 小規模拠点集合型施設加算 | 同一敷地内で、5人以下の居住単位に入所  | <input type="checkbox"/> 5人以下     |                              |

| 点検項目             | 点検事項   | 点検結果                     |    |
|------------------|--|--------------------------|----|
| 認知症専門ケア加算(Ⅰ)     | 入所者総数のうち、日常生活に支障をきたす症状又は行動があるため介護を必要とする認知症患者（日常生活自立度Ⅲ以上の者）である対象者の割合が2分の1以上                                 | <input type="checkbox"/> | 該当 |
|                  | 専門的な研修修了者を、対象者の数が20人未満の場合は1人以上、対象者が20人以上の場合は、1に当該対象者が19を超えて10又はその端数を増すごとに1を加えた人数以上を配置し、チームとしての専門的な認知症ケアの実施 | <input type="checkbox"/> | 該当 |
|                  | 留意事項の伝達又は技術的指導の会議を定期的実施  | <input type="checkbox"/> | 該当 |
| 認知症専門ケア加算(Ⅱ)     | 入所者総数のうち、日常生活に支障をきたす症状又は行動があるため介護を必要とする認知症患者（日常生活自立度Ⅲ以上の者）である対象者の割合が2分の1以上                                 | <input type="checkbox"/> | 該当 |
|                  | 専門的な研修修了者を、対象者の数が20人未満の場合は1人以上、対象者が20人以上の場合は、1に当該対象者が19を超えて10又はその端数を増すごとに1を加えた人数以上を配置し、チームとしての専門的な認知症ケアの実施 | <input type="checkbox"/> | 該当 |
|                  | 留意事項の伝達又は技術的指導の会議を定期的実施  | <input type="checkbox"/> | 該当 |
|                  | 専門的な研修修了者を1名以上配置し、事業所又は施設全体の認知症ケアの指導等を実施   | <input type="checkbox"/> | 該当 |
|                  | 介護職員、看護職員ごとの研修計画の作成、実施又は実施を予定  | <input type="checkbox"/> | 該当 |
| 認知症行動・心理症状緊急対応加算 | 利用者又は家族の同意   | <input type="checkbox"/> | あり |
|                  | 退所に向けた地域密着型施設サービス計画の策定   | <input type="checkbox"/> | あり |
|                  | 判断した医師名、日付及び利用開始に当たっての留意事項等の記録   | <input type="checkbox"/> | あり |
|                  | 入所者が入所前一月の間に当該施設に入所したことがない場合及び過去1月の間に当該加算を算定したことがない  | <input type="checkbox"/> | 該当 |
|                  | 病院又は診療所に入院中の者等が直接当該施設へ入所していない等   | <input type="checkbox"/> | 該当 |
|                  | 個室等、認知症の行動・心理症状の憎悪した者の療養にふさわしい設備を整備している  | <input type="checkbox"/> | 該当 |
|                  | 判断した医師による診療録等への症状、判断の内容等の記録  | <input type="checkbox"/> | 該当 |

| 点検項目        | 点検事項   | 点検結果                     |    |
|-------------|--|--------------------------|----|
| 褥瘡マネジメント加算Ⅰ | 入所者ごとに褥瘡の発生と関連のあるリスクについて、施設入所時に評価し、少なくとも3月に1回、評価するとともに、その評価結果等の情報を厚生労働省に提出し、褥瘡管理の実施に当たって、当該情報その他褥瘡管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用している | <input type="checkbox"/> | 該当 |
|             | 評価の結果、褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者ごとに、医師、看護師、介護職員、管理栄養士、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、褥瘡管理に関する褥瘡ケア計画を作成   | <input type="checkbox"/> | 該当 |
|             | 入所者ごとの褥瘡ケア計画に従い褥瘡管理を実施するとともに、その管理の内容や入所者の状態について定期的に記録している  | <input type="checkbox"/> | 該当 |
|             | 評価に基づき、少なくとも3月に1回、入所者ごとに褥瘡ケア計画を見直している  | <input type="checkbox"/> | 該当 |
|             | 褥瘡ケア計画に基づいたケアを実施する際には、褥瘡ケア・マネジメントの対象となる入所者又はその家族に説明し、その同意を得ている   | <input type="checkbox"/> | 該当 |
| 褥瘡マネジメント加算Ⅱ | 褥瘡マネジメント加算Ⅰの(1)から(4)までに掲げる基準   | <input type="checkbox"/> | 適合 |
|             | 褥瘡マネジメント加算Ⅰ(1)の評価の結果、施設入所時又は利用開始時に褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者又は利用者について、褥瘡の発生がない   | <input type="checkbox"/> | 該当 |
| 排せつ支援加算(Ⅰ)  | 要介護状態の軽減の見込みについて、医師又は医師と連携した看護師が施設入所時又は利用開始時に評価し、その後少なくとも六月に一回評価する   | <input type="checkbox"/> | 該当 |
|             | 評価結果等の情報を厚生労働省に提出し、排せつ支援の実施に当たって、当該情報その他排せつ支援の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること  | <input type="checkbox"/> | 該当 |
|             | 医師、看護師、介護支援専門員その他の職種が共同して、当該入所者が排せつに介護を要する原因を分析し、それに基づいた支援計画を作成し、当該支援計画に基づく支援を継続して実施している                                       | <input type="checkbox"/> | 該当 |
|             | 少なくとも三月に一回、入所者ごとに支援計画を見直していること   | <input type="checkbox"/> | 該当 |
|             | 支援計画の実施にあたっては、計画の作成に関与した者が、入所者又はその家族に対し、排せつの状態及び今後の見込み等について説明し、入所者及びその家族の理解と希望を確認している  | <input type="checkbox"/> | 該当 |

| 点検項目       | 点検事項   | 点検結果                     |    |
|------------|--|--------------------------|----|
| 排せつ支援加算（Ⅱ） | 要介護状態の軽減の見込みについて、医師又は医師と連携した看護師が施設入所時又は利用開始時に評価し、その後少なくとも六月に一回評価する   | <input type="checkbox"/> | 該当 |
|            | 評価結果等の情報を厚生労働省に提出し、排せつ支援の実施に当たって、当該情報その他排せつ支援の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること  | <input type="checkbox"/> | 該当 |
|            | 医師、看護師、介護支援専門員その他の職種が共同して、当該入所者が排せつに介護を要する原因を分析し、それに基づいた支援計画を作成し、当該支援計画に基づく支援を継続して実施している                             | <input type="checkbox"/> | 該当 |
|            | 少なくとも三月に一回、入所者ごとに支援計画を見直していること   | <input type="checkbox"/> | 該当 |
|            | 支援計画の実施にあたっては、計画の作成に関与した者が、入所者又はその家族に対し、排せつの状態及び今後の見込み等について説明し、入所者及びその家族の理解と希望を確認している                                | <input type="checkbox"/> | 該当 |
|            | 以下のいずれかに該当すること<br>（一）施設入所時と比較して、排尿又は排便の状態の少なくとも一方が改善するとともにいずれにも悪化がない<br>（二）施設入所時又は利用開始時におむつを使用していた者であって、おむつを使用しなくなった | <input type="checkbox"/> | 該当 |
| 排せつ支援加算（Ⅲ） | 要介護状態の軽減の見込みについて、医師又は医師と連携した看護師が施設入所時又は利用開始時に評価し、その後少なくとも六月に一回評価する   | <input type="checkbox"/> | 該当 |
|            | 評価結果等の情報を厚生労働省に提出し、排せつ支援の実施に当たって、当該情報その他排せつ支援の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること  | <input type="checkbox"/> | 該当 |
|            | 医師、看護師、介護支援専門員その他の職種が共同して、当該入所者が排せつに介護を要する原因を分析し、それに基づいた支援計画を作成し、当該支援計画に基づく支援を継続して実施している                             | <input type="checkbox"/> | 該当 |
|            | 少なくとも三月に一回、入所者ごとに支援計画を見直していること   | <input type="checkbox"/> | 該当 |
|            | 支援計画の実施にあたっては、計画の作成に関与した者が、入所者又はその家族に対し、排せつの状態及び今後の見込み等について説明し、入所者及びその家族の理解と希望を確認している                                | <input type="checkbox"/> | 該当 |
|            | 施設入所時と比較して、排尿又は排便の状態の少なくとも一方が改善するとともにいずれにも悪化がない  | <input type="checkbox"/> | 該当 |

| 点検項目            | 点検事項  | 点検結果                            |  |
|-----------------|---|---------------------------------|--|
|                 | 施設入所時又は利用開始時におむつを使用していた者であって、おむつを使用しなくなった   | <input type="checkbox"/> 該当     |  |
| 自立支援促進加算        | 医師が入所者ごとに、施設入所時に自立支援に係る医学的評価を行い、その後少なくとも六月に一回医学的評価の見直しを行うとともに、その医学的評価の結果等の情報を厚生労働省に提出し、自立支援の促進に当たって、当該情報その他自立支援の適切かつ有効な促進のために必要な情報を活用していること | <input type="checkbox"/> 適合     |  |
|                 | 自立支援の促進が必要であるとされた入所者ごとに、多職種共同で自立支援に係る支援計画を策定し、支援計画に従ったケアを実施する   | <input type="checkbox"/> 実施     |  |
|                 | 少なくとも三月に一回、入所者ごとに支援計画を見直している  | <input type="checkbox"/> 実施     |  |
|                 | 医師が自立支援に係る支援計画の策定等に参加している   | <input type="checkbox"/> 実施     |  |
| 科学的介護推進体制加算Ⅰ    | 入所者ごとのADL値等の情報を厚生労働省に提出   | <input type="checkbox"/> 該当     |  |
|                 | サービスの提供に当たって、必要な情報を活用していること   | <input type="checkbox"/> あり     |  |
| 科学的介護推進体制加算Ⅱ    | 入所者ごとの疾病の状況等の情報を厚生労働省に提出  | <input type="checkbox"/> 該当     |  |
|                 | サービスの提供に当たって、必要な情報を活用していること   | <input type="checkbox"/> あり     |  |
| 安全対策体制加算        | 施設基準第155条第1項に規定する基準に適合  | <input type="checkbox"/> 適合     |  |
|                 | 担当者が安全対策に係る外部の研修を受けている  | <input type="checkbox"/> 受けている  |  |
|                 | 安全管理部門を設置、安全対策を実施する体制が整備  | <input type="checkbox"/> 該当     |  |
| サービス提供体制強化加算(Ⅰ) | 介護職員の総数のうち介護福祉士の占める割合が100分の80以上   | <input type="checkbox"/> いずれか該当 |  |
|                 | 介護職員の総数のうち勤続10年以上の介護福祉士の割合が100分の35以上  |                                 |  |
|                 | 指定地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護の質の向上に資する取り組みを実施  | <input type="checkbox"/> 該当     |  |
|                 | 定員、人員基準に適合  | <input type="checkbox"/> 該当     |  |



| 点検項目   | 点検事項                                   | 点検結果                            |             |
|--|--|---------------------------------|-------------|
| サービス提供体制強化加算(Ⅱ)  | 介護職員の総数のうち介護福祉士の占める割合が100分の60以上        | <input type="checkbox"/> 該当     |             |
|  | 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)  | 介護職員の総数のうち介護福祉士の占める割合が100分の50以上        | <input type="checkbox"/> いずれか該当 |             |
|  | 看護・介護職員のうち常勤職員の占める割合が100分の75以上         |                                 |             |
|  | 利用者に直接処遇職員の総数のうち勤続7年以上の者100分の30以上      |                                 |             |
|  | 定員、人員基準に適合                             | <input type="checkbox"/> 該当     |             |
| 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)  | 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     | 介護職員処遇改善計画書 |
|  | 2 改善計画書の作成、周知、届出                       | <input type="checkbox"/> あり     | 介護職員処遇改善計画書 |
|  | 3 賃金改善の実施                              | <input type="checkbox"/> あり     |             |
|  | 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 労働保険料の納付                             | <input type="checkbox"/> 適正に納付  |             |
|  | 7 次の(1)、(2)、(3)のいずれにも適合                | <input type="checkbox"/>        | 研修計画書       |
|  | (1)任用の際の職責又は職務内容等の要件を書面で作成し、全ての介護職員に周知 | <input type="checkbox"/> あり     |             |
| (2)資質の向上の支援に関する計画の策定、研修の実施又は研修の機会の確保し、全ての介護職員に周知           | <input type="checkbox"/> あり            |                                 |             |
| (3)経験若しくは資格等に応じて昇給する仕組み又は一定の基準に基づき定期に昇給する仕組みを設け、全ての介護職員に周知 | <input type="checkbox"/> あり            |                                 |             |
| 8 処遇改善の内容(賃金改善を除く)及び処遇改善に要する費用の見込額を全ての職員に周知                | <input type="checkbox"/> あり            |                                 |             |

| 点検項目  | 点検事項   | 点検結果                     |       |             |
|---|--|--------------------------|-------|-------------|
| 介護職員処遇改善加算<br>(Ⅱ)                           | 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    | 介護職員処遇改善計画書 |
|   | 2 改善計画書の作成、周知、届出   | <input type="checkbox"/> | あり    | 介護職員処遇改善計画書 |
|   | 3 賃金改善の実施  | <input type="checkbox"/> | あり    |             |
|   | 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 労働保険料の納付   | <input type="checkbox"/> | 適正に納付 |             |
|   | 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を書面で作成し、全ての介護職員に周知<br>(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確保し、全ての介護職員に周知  | <input type="checkbox"/> | あり    | 研修計画書       |
| 8 処遇改善の内容(賃金改善を除く)及び処遇改善に要する費用の見込額を全ての職員に周知 | <input type="checkbox"/>   | あり                       |       |             |
| 介護職員処遇改善加算<br>(Ⅲ)                           | 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    | 介護職員処遇改善計画書 |
|   | 2 改善計画書の作成、周知、届出   | <input type="checkbox"/> | あり    | 介護職員処遇改善計画書 |
|   | 3 賃金改善の実施  | <input type="checkbox"/> | あり    |             |
|   | 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 労働保険料の納付   | <input type="checkbox"/> | 適正に納付 |             |
|   | 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を書面で作成し、全ての介護職員に周知<br>(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 処遇改善の内容(賃金改善を除く)及び処遇改善に要する費用の見込額を全ての職員に周知 | <input type="checkbox"/>   | あり                       |       |             |

| 点検項目  | 点検事項   | 点検結果                     |    |             |
|---|--|--------------------------|----|-------------|
| 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)                            | 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 | 介護職員処遇改善計画書 |
|   | 2 次のいずれにも該当<br>(一) 経験・技能のある介護職員のうち1人は、賃金改善に要する費用の見込額が月額8万円以上又は賃金改善後の賃金の見込額が年額440万円以上<br>(二) 経験・技能のある介護職員の賃金改善に要する費用の見込額の平均が、介護職員(経験・技能のある介護職員を除く)の賃金改善に要する費用の見込額の平均を上回っていること<br>(三) 介護職員(経験・技能のある介護職員を除く)の賃金改善に要する費用の見込額の平均が、介護職員以外の職員の賃金改善に要する費用の見込額の平均の2倍以上であること<br>(四) 介護職員以外の職員の賃金改善後の賃金の見込額が年額440万円を上回らないこと | <input type="checkbox"/> | あり |             |
|   |  | <input type="checkbox"/> | あり |             |
|   |  | <input type="checkbox"/> | あり |             |
|   |  | <input type="checkbox"/> | なし |             |
|   | 3 改善計画書の作成、周知、届出   | <input type="checkbox"/> | あり | 介護職員処遇改善計画書 |
|   | 4 賃金改善を実施  | <input type="checkbox"/> | あり |             |
|   | 5 処遇改善に関する実績の報告  | <input type="checkbox"/> | あり | 実績報告書       |
|   | 6 サービス提供体制強化加算(Ⅰ)又は(Ⅱ)のいずれかを届出してる  | <input type="checkbox"/> | あり |             |
| 7 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)から(Ⅲ)までのいずれかを算定している          | <input type="checkbox"/>   | あり                       |    |             |
| 8 処遇改善の内容(賃金改善を除く)及び処遇改善に要する費用の見込額を全ての職員に周知 | <input type="checkbox"/>   | あり                       |    |             |
| 9 処遇改善の内容等について、公表していること                     | <input type="checkbox"/>   | あり                       |    |             |

| 点検項目  | 点検事項   | 点検結果                     |    |                    |
|---|--|--------------------------|----|--------------------|
| 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)                            | 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 | 介護職員処遇改善計画書        |
|   | 2 次のいずれにも該当<br>(一) 経験・技能のある介護職員のうち1人は、賃金改善に要する費用の見込額が月額8万円以上又は賃金改善後の賃金の見込額が年額440万円以上<br>(二) 経験・技能のある介護職員の賃金改善に要する費用の見込額の平均が、介護職員(経験・技能のある介護職員を除く。)の賃金改善に要する費用の見込額の平均を上回っていること<br>(三) 介護職員(経験・技能のある介護職員を除く。)の賃金改善に要する費用の見込額の平均が、介護職員以外の職員の賃金改善に要する費用の見込額の平均の2倍以上であること<br>(四) 介護職員以外の職員の賃金改善後の賃金の見込額が年額440万円を上回らないこと | <input type="checkbox"/> | あり |                    |
|   |  | <input type="checkbox"/> | あり |                    |
|   |  | <input type="checkbox"/> | あり |                    |
|   |  | <input type="checkbox"/> | なし |                    |
|   | 3 改善計画書の作成、周知、届出   | <input type="checkbox"/> | あり | 介護職員処遇改善計画書        |
|   | 4 賃金改善を実施  | <input type="checkbox"/> | あり |                    |
|   | 5 処遇改善に関する実績の報告  | <input type="checkbox"/> | あり | 実績報告書              |
| 6 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)から(Ⅲ)までのいずれかを算定していること        | <input type="checkbox"/>   | あり                       |    |                    |
| 7 処遇改善の内容(賃金改善を除く)及び処遇改善に要する費用の見込額を全ての職員に周知 | <input type="checkbox"/>   | あり                       |    |                    |
| 8 処遇改善の内容等について、公表していること                     | <input type="checkbox"/>   | あり                       |    |                    |
| 介護職員等ベースアップ等支援加算                            | 1 ベースアップ等要件 賃金改善に関する計画の策定、計画に基づく措置、処遇改善の実施の報告  | <input type="checkbox"/> | あり | ベースアップ等支援加算処遇改善計画書 |
|   | 2 処遇改善加算要件 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)から(Ⅲ)までのいずれかを算定  | <input type="checkbox"/> | あり |                    |

## 608 看護小規模多機能型居宅介護費

| 点検項目                | 点検事項   | 点検結果                          |  |
|---------------------|--|-------------------------------|--|
| 定員超過利用減算            | 登録者の数が市町村長に提出した運営規程に定められる登録定員を超えた場合  | <input type="checkbox"/> 該当   |  |
| 人員基準欠如減算            | 従業者が指定地域密着型サービス基準に定める員数をおいていない   | <input type="checkbox"/> 該当   |  |
| サテライト体制未整備減算        | サテライト型看護小規模多機能型居宅介護事業所を有し訪問看護体制減算を届け出ている                                   | <input type="checkbox"/> 該当   |  |
| 特別地域看護小規模多機能型居宅介護加算 | 看護小規模多機能型居宅介護従業者が指定看護小規模多機能型居宅介護を行った場合                                     | <input type="checkbox"/> 該当   |  |
| 中山間地域等における小規模事業所加算  | 厚生労働大臣が定める地域に所在する指定看護小規模多機能型居宅介護事業所の看護小規模多機能型居宅介護従業者が指定看護小規模多機能型居宅介護を行った場合 | <input type="checkbox"/> 該当   |  |
| 短期利用居宅介護費           | 登録者が定員未満   | <input type="checkbox"/> 該当   |  |
|                     | 利用者や家族の状況により、ケアマネが必要と認め、登録者へのサービス提供に支障の有無                                  | <input type="checkbox"/> なし   |  |
|                     | あらかじめ7日以内（やむを得ない事情がある場合は14日以内）の利用期間を定めている                                  | <input type="checkbox"/> あり   |  |
|                     | 従業員数の基準を満たしている   | <input type="checkbox"/> 該当   |  |
|                     | 過小サービスに対する減算を算定していない   | <input type="checkbox"/> 該当   |  |
| 過少サービスに対する減算        | 登録者1人あたりの平均提供回数、週4回に満たない場合   | <input type="checkbox"/> 該当   |  |
| 訪問看護体制減算            | 算定日が属する月の前3月間において、利用者の総数のうち、主治の医師の指示に基づく看護サービスを提供した者の割合                    | <input type="checkbox"/> 3割未満 |  |
|                     | 算定日が属する月の前3月間において、利用者の総数のうち、緊急時訪問看護加算を算定した利用者の占める割合                        | <input type="checkbox"/> 3割未満 |  |
|                     | 算定日が属する月の前3月間において、利用者の総数のうち、特別管理加算を算定した利用者の占める割合                           | <input type="checkbox"/> 5%未満 |  |

| 点検項目             | 点検事項  | 点検結果                        |                 |
|------------------|---|-----------------------------|-----------------|
| 医療保険の訪問看護        | 末期の悪性腫瘍、多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、ハンチントン病、進行性筋ジストロフィー症、パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る。）をいう。）、多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症及びシャイ・ドレーガー症候群をいう。）、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、ライソゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎、後天性免疫不全症候群、頸(けい)髄損傷及び人工呼吸器を使用している状態 | <input type="checkbox"/> 該当 |                 |
|                  | 一時的に頻回の訪問看護を行う必要がある旨の特別指示又は特別指示書  | <input type="checkbox"/> 該当 |                 |
| 初期加算             | 複合型サービス事業所に登録した日から起算して30日以内   | <input type="checkbox"/> 該当 |                 |
| 認知症加算（Ⅰ）         | 日常生活に支障をきた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（認知症日常生活自立度Ⅲ以上）   | <input type="checkbox"/> 該当 |                 |
| 認知症加算（Ⅱ）         | 要介護2であって周囲の者による日常生活に対する注意を必要とする認知症のもの（認知症日常生活自立度Ⅱ）  | <input type="checkbox"/> 該当 |                 |
| 認知症行動・心理症状緊急対応加算 | 医師が、認知症の行動・心理症状が認められるため、在宅での生活が困難であり、緊急に指定看護小規模多機能型居宅介護を利用することが適当であると判断した者に対して行った場合   | <input type="checkbox"/> 該当 |                 |
| 栄養アセスメント加算       | 当該事業所の従業者又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 |                 |
|                  | 利用者ごとに管理栄養士等（管理栄養士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職員）が共同で栄養アセスメントを3ヶ月に1回以上行い、利用者、家族に結果を説明し、相談等に対応   | <input type="checkbox"/> 実施 |                 |
|                  | 定員、人員基準に適合  | <input type="checkbox"/> 該当 |                 |
|                  | 利用者ごとの栄養状態等の情報を厚生労働省（LIFE）へ提出し、当該情報その他栄養管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用  | <input type="checkbox"/> 実施 | 看護小規模多機能型居宅介護計画 |

| 点検項目            | 点検事項   | 点検結果                             |                  |
|-----------------|--|----------------------------------|------------------|
| 栄養改善加算          | 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が1名以上  | <input type="checkbox"/> 配置      |                  |
|                 | 管理栄養士、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の摂食・嚥下機能及び食形態に配慮した栄養ケア計画の作成                 | <input type="checkbox"/> あり      | 栄養ケア計画(参考様式)     |
|                 | 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      |                  |
|                 | 栄養計画に従い、管理栄養士等が(必要に応じて居宅を訪問し)に基づく栄養改善サービスの提供、栄養状態等の記録                            | <input type="checkbox"/> あり      | 栄養ケア提供経過記録(参考様式) |
|                 | 栄養ケア計画の評価、介護支援専門員や主治の医師に対する情報提供  | <input type="checkbox"/> 3月ごとに実施 | 栄養ケアモニタリング(参考様式) |
|                 | 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    |                  |
| 若年性認知症利用者受入加算   | 若年性認知利用者(初老期における認知症によって要介護者となった者)  | <input type="checkbox"/> 該当      |                  |
| 口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ | 定員、人員基準に適合   | <input type="checkbox"/> 該当      |                  |
|                 | 利用開始時および利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態及び栄養状態について確認し情報を担当の介護支援専門員に提供                         | <input type="checkbox"/> 該当      |                  |
|                 | 栄養アセスメント加算を算定している又は当該利用者が栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間である若しくは当該栄養改善サービスが終了した日の属する月 | <input type="checkbox"/> 非該当     |                  |
|                 | 口腔機能向上加算の算定に係る口腔機能向上サービスを受けている間である又は当該口腔機能向上サービスが終了した日の属する月                      | <input type="checkbox"/> 非該当     |                  |
|                 | (1)(2)のいずれかに適合する   |                                  |                  |
|                 | (1)いずれも適合<br>利用開始時および利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態について確認し情報を担当の介護支援専門員に提供                  | <input type="checkbox"/> 該当      |                  |
|                 | 定員、人員基準に適合   | <input type="checkbox"/> 該当      |                  |
|                 | 栄養アセスメント加算を算定している又は当該利用者が栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間である若しくは当該栄養改善サービスが終了した日の属する月 | <input type="checkbox"/> 該当      |                  |

| 点検項目              | 点検事項   | 点検結果                     |         |                           |
|-------------------|--|--------------------------|---------|---------------------------|
| 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ） | 口腔機能向上加算の算定に係る口腔機能向上サービスを受けている間である又は当該口腔機能向上サービスが終了した日の属する月                      | <input type="checkbox"/> | 非該当     |                           |
|                   | （２）いずれも適合<br>利用開始時および利用中６月ごとに利用者の栄養状態について確認し情報を担当の介護支援専門員に提供                     | <input type="checkbox"/> | 該当      |                           |
|                   | 定員、人員基準に適合   | <input type="checkbox"/> | 該当      |                           |
|                   | 栄養アセスメント加算を算定している又は当該利用者が栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間である若しくは当該栄養改善サービスが終了した日の属する月 | <input type="checkbox"/> | 非該当     |                           |
|                   | 口腔機能向上加算の算定に係る口腔機能向上サービスを受けている間である又は当該口腔機能向上サービスが終了した日の属する月                      | <input type="checkbox"/> | 該当      |                           |
| 口腔機能向上加算（Ⅰ）       | 言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員を１名以上配置   | <input type="checkbox"/> | 配置      |                           |
|                   | 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口腔機能改善管理指導計画の作成                          | <input type="checkbox"/> | 該当      | 口腔機能改善管理指導計画・管理指導計画(参考様式) |
|                   | 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      |                           |
|                   | 口腔機能改善管理指導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・管理指導計画(参考様式) |
|                   | 利用者毎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、介護支援専門員、主治の医師・歯科医師への情報提供                           | <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(参考様式)   |
|                   | 定員、人員基準に適合   | <input type="checkbox"/> | 該当      |                           |
|                   | 月の算定回数   | <input type="checkbox"/> | ２回以下    |                           |
|                   | 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      |                           |
|                   | 言語聴覚士、歯科衛生士、看護・介護職員等による口腔機能改善管理指導計画の作成   | <input type="checkbox"/> | なし      | 口腔機能改善管理指導計画・管理指導計画(参考様式) |
|                   | 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      |                           |



| 点検項目        | 点検事項   | 点検結果                             |                           |
|-------------|--|----------------------------------|---------------------------|
| 口腔機能向上加算(Ⅱ) | 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・管理指導計画(参考様式) |
|             | 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(参考様式)   |
|             | 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    |                           |
|             | 利用者毎の口腔機能改善管理指導計画等の内容等を厚生労働省(LIFE)に提供及び情報の活用                                     | <input type="checkbox"/> あり      |                           |
| 褥瘡マネジメント加算Ⅰ | 指定看護小規模多機能型居宅介護事業所において、継続的に利用者ごとの褥瘡管理をした場合                                       | <input type="checkbox"/> 実施      | 褥瘡ケア計画                    |
|             | 要介護度3以上の利用者全員を対象としていること  | <input type="checkbox"/> 該当      |                           |
| 褥瘡マネジメント加算Ⅱ | 褥瘡マネジメント加算Ⅰの基準に適合している  | <input type="checkbox"/> 適合      | 褥瘡ケア計画                    |
|             | 入所者又は利用者について、褥瘡の発生のないこと。   | <input type="checkbox"/> 該当      |                           |
| 排せつ支援加算Ⅰ    | 要介護状態の軽減の見込みについて、利用開始時に評価、その後少なくとも6月に1回評価するとともに、厚生労働省に提出し、排せつ支援の実施に当たって、必要な情報を活用 | <input type="checkbox"/> 実施      |                           |
|             | 多職種が共同して、支援計画を作成し、継続して実施   | <input type="checkbox"/> 実施      |                           |
|             | 支援計画の見直し   | <input type="checkbox"/> 3月に1回以上 | 支援計画                      |
| 排せつ支援加算Ⅱ    | 要介護度3以上の利用者全員を対象としていること  | <input type="checkbox"/> 該当      |                           |
|             | 排せつ支援加算Ⅰの基準に適合している   | <input type="checkbox"/> 該当      | 支援計画                      |
|             | 施設入所時又は利用開始時と比較して、排尿又は排便の状態の少なくとも一方が改善し、いずれにも悪化がないこと                             | <input type="checkbox"/> どちらかに該当 |                           |
|             | おむつを使用しなくなった   |                                  |                           |

| 点検項目             | 点検事項   | 点検結果                        |                                   |
|------------------|--|-----------------------------|-----------------------------------|
| 排せつ支援加算Ⅲ         | 排せつ支援加算Ⅰ及びⅡに掲げる基準のいずれにも適合している  | <input type="checkbox"/> 該当 | 支援計画                              |
| 科学的介護推進体制加算      | 利用者ごとのADL値（ADLの評価に基づき測定し値）、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の利用者の心身の状況等に係る基本的な情報を、厚生労働省（LIFE）に提出                   | <input type="checkbox"/> 実施 | 看護小規模多機能型居宅介護計画                   |
|                  | 必要に応じて認知症対応型通所介護計画を見直すなど、指定認知症対応型通所介護の提供に当たって、厚生労働省に提出する情報その他指定認知症対応型通所介護を適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用している | <input type="checkbox"/> 実施 |                                   |
| 中山間地域等におけるサービス提供 | 特別地域・中山間地域等におけるサービス提供  | <input type="checkbox"/> あり |                                   |
| 退院時共同指導加算        | 共同指導の内容を文書により提供  | <input type="checkbox"/> あり |                                   |
|                  | 退院又は退所後に看護サービス利用者の居宅を訪問  | <input type="checkbox"/> あり |                                   |
|                  | 特別管理加算の対象者   | <input type="checkbox"/> 該当 |                                   |
| 緊急時訪問看護加算        | 看護に関する相談に常時対応し、緊急時の訪問を必要に応じ行うことができる体制  | <input type="checkbox"/> あり |                                   |
|                  | 利用者の同意   | <input type="checkbox"/> あり | 同意書等（規定はなし）                       |
|                  | 他の事業所で当該加算の算定の有無   | <input type="checkbox"/> なし |                                   |
|                  | 24時間対応体制加算の算定（医療保険）  | <input type="checkbox"/> なし |                                   |
| 特別管理加算（Ⅰ）        | 在宅悪性腫瘍患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態                                    | <input type="checkbox"/> 該当 | 主治医の指示書等                          |
|                  | 計画的な管理の実施  | <input type="checkbox"/> あり | 看護小規模多機能型居宅介護計画、看護小規模多機能型居宅介護記録書等 |
|                  | 他の訪問看護ステーション等で当該加算の算定の有無   | <input type="checkbox"/> なし |                                   |
|                  | 症状が重篤の場合医師による診療を受診できるような支援の有無  | <input type="checkbox"/> あり |                                   |

| 点検項目      | 点検事項  | 点検結果                        |                                   |
|-----------|---|-----------------------------|-----------------------------------|
| 特別管理加算（Ⅱ） | 在宅自己腹膜灌（かん）流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理、在宅自己疼（とう）痛管理指導管理又は在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態  | <input type="checkbox"/> 該当 | 主治医の指示書等                          |
|           | 人工肛（こう）門又は人工膀胱（ぼうこう）を設置している状態   | <input type="checkbox"/> 該当 | 主治医の指示書等                          |
|           | 真皮を越える褥瘡（じよくそう）の状態  | <input type="checkbox"/> 該当 | 主治医の指示書等                          |
|           | 点滴注射を週3日以上行う必要があると認められる状態   | <input type="checkbox"/> 該当 | 主治医の指示書等                          |
|           | 計画的な管理の実施   | <input type="checkbox"/> あり | 看護小規模多機能型居宅介護計画、看護小規模多機能型居宅介護記録書等 |
|           | 他の訪問看護ステーション等で当該加算の算定の有無  | <input type="checkbox"/> なし |                                   |
|           | 症状が重篤の場合医師による診療を受診できるような支援の有無   | <input type="checkbox"/> あり |                                   |
| ターミナルケア加算 | 多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、ハンチントン病、進行性筋ジストロフィー症、パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る。）をいう。）、多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症及びシャイ・ドレーガー症候群をいう。）、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、ライソゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎、後天性免疫不全症候群、頸（けい）髄損傷及び人工呼吸器を使用している状態が、死亡日及び死亡日前14日以内に含まれる。 | <input type="checkbox"/> 該当 |                                   |
|           | 急性増悪その他当該利用者の主治の医師が一時的に頻回の訪問看護が必要であると認める状態が、死亡日及び死亡日前14日以内に含まれる。  | <input type="checkbox"/> 該当 |                                   |
|           | 24時間連絡及び訪問の体制   | <input type="checkbox"/> あり |                                   |
|           | 主治医と連携のもとターミナルケア計画及び支援体制を利用者、家族に説明と同意   | <input type="checkbox"/> あり | 訪問看護サービス記録書                       |
|           | ターミナルケア提供についての身体状況の変化等必要な記録   | <input type="checkbox"/> あり |                                   |

| 点検項目           | 点検事項  | 点検結果                          |             |
|----------------|---|-------------------------------|-------------|
|                | 死亡日及び死亡前14日以内に2日以上のターミナルケアの実施（ターミナルケア後24時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む。） | <input type="checkbox"/> あり   | サービス提供票     |
|                | 他の訪問看護ステーション等で当該加算の算定の有無                                      | <input type="checkbox"/> なし   |             |
|                | 訪問看護ターミナルケア療養費（医療保険）及び在宅ターミナルケア加算（訪問看護・指導料）の有無                | <input type="checkbox"/> なし   |             |
| 看護体制強化加算       | 1 算定日が属する月の前3月間において、利用者の総数のうち、主治の医師の指示に基づく看護サービスを提供した者の割合     | <input type="checkbox"/> 8割以上 |             |
|                | 2 算定日が属する月の前3月間において、利用者の総数のうち、緊急時訪問看護加算を算定した利用者の占める割合         | <input type="checkbox"/> 5割以上 |             |
|                | 3 算定日が属する月の前3月間において、利用者の総数のうち、特別管理加算を算定した利用者の占める割合            | <input type="checkbox"/> 2割以上 |             |
|                | 4 算定日が属する月の前12月間において、ターミナルケア加算を算定した利用者の数                      | <input type="checkbox"/> 1名以上 |             |
|                | 5 登録特定行為事業者又は登録喀痰吸引等事業者として届出がなされていること                         | <input type="checkbox"/> 該当   |             |
|                | 利用者の同意  | <input type="checkbox"/> あり   | 同意書等（規定はなし） |
| 訪問体制強化加算       | 1 訪問サービスも行っている常勤者   | <input type="checkbox"/> 2名以上 |             |
|                | 2 1月当たりの延べ訪問回数200回以上  | <input type="checkbox"/> あり   |             |
|                | ⇒同一建物に集合住宅が併設   | <input type="checkbox"/> 該当   |             |
|                | ⇒同一建物以外に居住する利用登録者が50%以上                                       | <input type="checkbox"/> あり   |             |
| 総合マネジメント体制強化加算 | 看護小規模多機能型居宅介護計画の見直しを行っている                                     | <input type="checkbox"/> あり   |             |
|                | 地域の関係施設に対し、指定看護小規模多機能型居宅介護事業所の具体的な内容に関する情報提供を行っている            | <input type="checkbox"/> あり   |             |
|                | 日常的に地域住民等との交流を図り、利用者の状態に応じて、地域の行事や活動等に積極的に参加している              | <input type="checkbox"/> あり   |             |

| 点検項目            | 点検事項  | 点検結果                            |             |
|-----------------|---|---------------------------------|-------------|
| サービス提供体制強化加算(Ⅰ) | 従業者ごとの研修計画の作成及び実施又は実施を予定している                                    | <input type="checkbox"/> 該当     |             |
|                 | 利用者の情報や留意事項の伝達又は技術指導のための会議を定期的に行っている                            | <input type="checkbox"/> 該当     |             |
|                 | 従業者（看護師又は、准看護師であるものを除く）総数のうち、介護福祉士の占める割合が7割以上である                | <input type="checkbox"/> いずれか該当 |             |
|                 | 従業者（看護師又は、准看護師であるものを除く）総数のうち、勤続年数10年以上の介護福祉士の占める割合が100分の25以上である |                                 |             |
|                 | 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（Ⅰ）又は（Ⅱ）を算定していない                                    | <input type="checkbox"/> 該当     |             |
| サービス提供体制強化加算(Ⅱ) | 従業者ごとの研修計画の作成及び実施又は実施を予定している                                    | <input type="checkbox"/> 該当     |             |
|                 | 利用者の情報や留意事項の伝達又は技術指導のための会議を定期的に行っている                            | <input type="checkbox"/> 該当     |             |
|                 | 従業者総数のうち、介護福祉士の占める割合が5割以上である                                    | <input type="checkbox"/> 該当     |             |
|                 | 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（Ⅰ）又は（Ⅲ）を算定していない                                    | <input type="checkbox"/> 該当     |             |
| サービス提供体制強化加算(Ⅲ) | 従業者ごとの研修計画の作成及び実施又は実施を予定している                                    | <input type="checkbox"/> 該当     |             |
|                 | 利用者の情報や留意事項の伝達又は技術指導のための会議を定期的に行っている                            | <input type="checkbox"/> 該当     |             |
|                 | 介護福祉士の占める割合が4割以上  | <input type="checkbox"/> いずれか該当 |             |
|                 | 従業者総数のうち、常勤職員の占める割合が6割以上  |                                 |             |
|                 | 従業者総数のうち、勤続年数7年以上の職員の占める割合が3割以上である                              |                                 |             |
|                 | 定員、人員基準に適合  | <input type="checkbox"/> 該当     | 介護職員処遇改善計画書 |
|                 | サービス提供体制強化加算（Ⅰ）又は（Ⅱ）を算定していない                                    | <input type="checkbox"/> 該当     | 介護職員処遇改善計画書 |

| 点検項目  | 点検事項   | 点検結果  |             |
|---|--|---|-------------|
| 介護職員処遇改善加算<br>(Ⅰ)                           | 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   | 介護職員処遇改善計画書 |
|   | 2 介護職員処遇改善計画書の作成、周知、届出   | <input type="checkbox"/> あり   | 介護職員処遇改善計画書 |
|   | 3 賃金改善の実施  | <input type="checkbox"/> あり   |             |
|   | 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 労働保険料の納付   | <input type="checkbox"/> 適正に納付  |             |
|   | 7 次の(1)、(2)、(3)のいずれにも適合  | <input type="checkbox"/>  |             |
|   | (1)任用の際の職責又は職務内容等の要件を定め、その内容について書面を作成し、全ての介護職員に周知<br>(2)資質の向上の支援に関する計画の策定、研修の実施又は研修の機会の確保し、全ての介護職員に周知<br>(3)介護職員の経験若しくは資格等に応じて昇給する仕組み又は一定の基準に基づき定期的に昇給を判定する仕組みを設け、全ての介護職員に周知 | <input type="checkbox"/> あり<br><input type="checkbox"/> あり<br><input type="checkbox"/> あり | 研修計画書       |
| 8 処遇改善の内容(賃金改善を除く)及び処遇改善に要する費用の見込額を全ての職員に周知 | <input type="checkbox"/> あり  |   |             |
| 介護職員処遇改善加算<br>(Ⅱ)                           | 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   | 介護職員処遇改善計画書 |
|   | 2 介護職員処遇改善計画書の作成、周知、届出   | <input type="checkbox"/> あり   | 介護職員処遇改善計画書 |
|   | 3 賃金改善の実施  | <input type="checkbox"/> あり   |             |
|   | 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 労働保険料の納付   | <input type="checkbox"/> 適正に納付  |             |
|   | 7 次の(1)、(2)のいずれにも適合  | <input type="checkbox"/>  |             |
|   | (1)任用の際の職責又は職務内容等の要件を定め、その内容について書面を作成し、全ての介護職員に周知<br>(2)資質の向上の支援に関する計画の策定、研修の実施又は研修の機会の確保し、全ての介護職員に周知  | <input type="checkbox"/> あり<br><input type="checkbox"/> あり                                | 研修計画書       |
| 8 処遇改善の内容(賃金改善を除く)及び処遇改善に要する費用の見込額を全ての職員に周知 | <input type="checkbox"/> あり  |   |             |

| 点検項目              | 点検事項   | 点検結果   |                |
|-------------------|--|--|----------------|
| 介護職員処遇改善加算<br>(Ⅲ) | 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                                | 介護職員処遇改善計画書    |
|                   | 2 介護職員処遇改善計画書の作成、周知、届出   | <input type="checkbox"/> あり                                | 介護職員処遇改善計画書    |
|                   | 3 賃金改善の実施  | <input type="checkbox"/> あり                                |                |
|                   | 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 労働保険料の納付   | <input type="checkbox"/> 適正に納付                             |                |
|                   | 7 次の(1)、(2)のいずれかに適合<br>(1)任用の際の職責又は職務内容等の要件を定め、その内容について書面を作成し、全ての介護職員に周知<br>(2)資質の向上の支援に関する計画の策定、研修の実施又は研修の機会確保し、全ての介護職員に周知  | <input type="checkbox"/> あり<br><input type="checkbox"/> あり | 研修計画書          |
|                   | 8 処遇改善の内容(賃金改善を除く)及び処遇改善に要する費用の見込額を全ての職員に周知  | <input type="checkbox"/> あり                                |                |
| 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)  | 1 次の(一)、(二)、(三)、(四)のいずれにも該当し、賃金改善に要する費用の見込額が当該加算の算定見込額を上回る賃金改善計画の策定、計画に基づく措置の実施<br>(一) 経験・技能のある介護職員のうち一人は、賃金改善に要する費用の見込み額が月額8万円以上又は年額440万円以上<br>(二) 指定通所介護事業所における経験・技能のある介護職員の賃金改善に要する費用の見込額の平均が介護職員(経験・技能のある介護職員を除く)の賃金改善に要する費用の見込額の平均を上回っている<br>(三) 介護職員(経験・技能のある介護職員を除く)の賃金改善に要する費用の見込額の平均が介護職員以外の職員の賃金改善に要する費用の見込額の平均の2倍以上(介護職員以外の職員の平均賃金額が介護職員(経験・技能のある介護職員を除く)の平均賃金額を上回らない場合を除く)<br>(四) 介護職員以外の職員の賃金改善後の賃金の見込額が年額440万円を上回らない | <input type="checkbox"/> 該当                                | 介護職員等特定処遇改善計画書 |
|                   | 2 介護職員等特定処遇改善計画書の作成、周知、届出  | <input type="checkbox"/> あり                                | 介護職員等特定処遇改善計画書 |
|                   | 3 介護職員等特定処遇改善加算の算定額に相当する賃金改善の実施  | <input type="checkbox"/> あり                                |                |
|                   | 4 処遇改善の実施の報告   | <input type="checkbox"/> あり                                | 実績報告書          |
|                   | 5 サービス提供体制強化加算(Ⅰ)又は(Ⅱ)の届出  | <input type="checkbox"/> あり                                |                |

| 点検項目  | 点検事項   | 点検結果                        |                    |
|---|--|-----------------------------|--------------------|
|   | 6 介護職員処遇改善加算（Ⅰ）から（Ⅲ）までのいずれかを算定   | <input type="checkbox"/> あり |                    |
|   | 7 処遇改善の内容（賃金改善を除く）及び処遇改善に要する費用の見込額を全ての職員に周知  | <input type="checkbox"/> あり |                    |
|   | 8 処遇改善の内容（賃金改善を除く）等についてインターネットの利用その他の適切な方法で公表  | <input type="checkbox"/> あり |                    |
| 介護職員等特定処遇改善加算（Ⅱ）                              | 1 次の（一）、（二）、（三）、（四）のいずれにも該当し、賃金改善に要する費用の見込額が当該加算の算定見込額を上回る賃金改善計画の策定、計画に基づく措置の実施  | <input type="checkbox"/> 該当 | 介護職員等特定処遇改善計画書     |
|   | （一） 経験・技能のある介護職員のうち一人は、賃金改善に要する費用の見込み額が月額8万円以上又は年額440万円以上  |                             |                    |
|   | （二） 指定通所介護事業所における経験・技能のある介護職員の賃金改善に要する費用の見込額の平均が介護職員（経験・技能のある介護職員を除く）の賃金改善に要する費用の見込額の平均を上回っている                                       |                             |                    |
|   | （三） 介護職員（経験・技能のある介護職員を除く）の賃金改善に要する費用の見込額の平均が介護職員以外の職員の賃金改善に要する費用の見込額の平均の2倍以上（介護職員以外の職員の平均賃金額が介護職員（経験・技能のある介護職員を除く）の平均賃金額を上回らない場合を除く） |                             |                    |
|   | （四） 介護職員以外の職員の賃金改善後の賃金の見込額が年額440万円を上回らない   |                             |                    |
|   | 2 介護職員等特定処遇改善計画書の作成、周知、届出  | <input type="checkbox"/> あり | 介護職員等特定処遇改善計画書     |
|   | 3 介護職員等特定処遇改善加算の算定額に相当する賃金改善の実施  | <input type="checkbox"/> あり |                    |
|   | 4 処遇改善の実施の報告   | <input type="checkbox"/> あり | 実績報告書              |
|   | 5 介護職員処遇改善加算（Ⅰ）から（Ⅲ）までのいずれかを算定   | <input type="checkbox"/> あり |                    |
|   | 6 処遇改善の内容（賃金改善を除く）及び処遇改善に要する費用の見込額を全ての職員に周知  | <input type="checkbox"/> あり |                    |
| 7 処遇改善の内容（賃金改善を除く）等についてインターネットの利用その他の適切な方法で公表 | <input type="checkbox"/> あり  |                             |                    |
| 介護職員等ベースアップ等支援加算                              | 1 ベースアップ等要件 賃金改善に関する計画の策定、計画に基づく措置、処遇改善の実施の報告  | <input type="checkbox"/> あり | ベースアップ等支援加算処遇改善計画書 |
|   | 2 処遇改善加算要件 介護職員処遇改善加算（Ⅰ）から（Ⅲ）までのいずれかを算定  | <input type="checkbox"/> あり |                    |



## 609 地域密着型通所介護費

| 点検項目   | 点検事項  | 点検結果                        |   |
|--|---|-----------------------------|---|
| 定員超過減算                                       | <指定地域密着型通所介護><br>介護保険法施行規則第131条の3の2の規定に基づき市町村長に提出した運営規程に定められている利用定員を超える場合                           | <input type="checkbox"/> 該当 |   |
|  | <指定療養通所介護><br>指定地域密着型サービス基準第40条の3に定められている利用定員を超える場合   | <input type="checkbox"/> 該当 |   |
| 人員基準減算                                       | <指定地域密着型通所介護><br>指定地域密着型サービス基準第37条の2の規定の適用を受けない指定地域密着型通所介護事業所にあつては、指定地域密着型サービス基準第20条に定める員数を置いていない場合 | <input type="checkbox"/> 該当 |   |
|  | <指定地域密着型通所介護><br>指定地域密着型サービス基準第37条の2の規定の適用を受ける指定地域密着型通所介護事業所にあつては、同条第1号に定める員数を置いていない場合              | <input type="checkbox"/> 該当 |   |
|  | <指定療養通所介護><br>指定地域密着型サービス基準第40条に定める員数を置いていない場合  | <input type="checkbox"/> 該当 |   |
| 2時間以上3時間未満の地域密着型通所介護を行う場合                    | 心身の状況その他利用者側のやむを得ない事情により長時間のサービス利用が困難な者に対して、所要時間2時間以上3時間未満の指定地域密着型通所介護を行う場合                         | <input type="checkbox"/> 該当 |   |
|  | 地域密着型通所介護の本来の目的に照らし、単に入浴サービスのみといった利用ではなく、利用者の日常生活動作能力などの向上のため、日常生活を通じた機能訓練等が実施されている。                | <input type="checkbox"/> 該当 |   |
| 感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合の基本報酬への加算 | 感染症又は災害（厚生労働大臣が認めるものに限る。）の発生を理由とする利用者数の減少が生じ、当該月の利用者数の実績が当該月の前年度における月平均の利用者数よりも100分の5以上減少している。      | <input type="checkbox"/> 該当 | ○ 感染症又は災害の発生を理由とする通所介護等の介護報酬による評価 届出様式(参考様式)<br>○ 利用延人員数計算シート(参考様式) |
| 8時間以上9時間未満の報酬区分によるサービス提供の前後に行う日常生活上の世話       | 8時間以上9時間未満の報酬区分でのサービス提供   | <input type="checkbox"/> 該当 |   |
|  | 9時間以上10時間未満   | <input type="checkbox"/> 該当 |   |
|  | 10時間以上11時間未満  | <input type="checkbox"/> 該当 |   |
|  | 11時間以上12時間未満  | <input type="checkbox"/> 該当 |   |
|  | 12時間以上13時間未満  | <input type="checkbox"/> 該当 |   |
|  | 13時間以上14時間未満  | <input type="checkbox"/> 該当 |   |

| 点検項目                   | 点検事項   | 点検結果                        |  |
|------------------------|--|-----------------------------|--|
| 共生型地域密着型通所介護を行う場合      | 共生型居宅サービスの事業を行う指定生活介護事業者が当該事業を行う事業所において共生型地域密着型通所介護を行った場合  | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
|                        | 共生型居宅サービスの事業を行う指定自立訓練（機能訓練）事業者又は指定自立訓練（生活訓練）事業者が当該事業を行う事業所において共生型地域密着型通所介護を行った場合   | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
|                        | 共生型居宅サービスの事業を行う指定児童発達支援事業者が当該事業を行う事業所において共生型地域密着型通所介護を行った場合  | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
|                        | 共生型居宅サービスの事業を行う指定放課後等デイサービス事業者が当該事業を行う事業所において共生型地域密着型通所介護を行った場合  | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
| 生活相談員配置等加算             | 共生型地域密着型通所介護費を算定している。  | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
|                        | 生活相談員を、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名以上配置している。   | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
|                        | 地域に貢献する活動を行っている。   | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
| 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算 | 厚生労働大臣の定める地域（離島振興対策実施地域、奄美群島、豪雪地帯及び特別豪雪地帯、辺地、振興山村、小笠原諸島、半島振興対策実施地域、特定農山村地域、過疎地域、沖縄の離島）   | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
| 入浴介助加算（Ⅰ）              | 入浴介助を適切に行うことのできる人員及び設備を有している。  | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
|                        | 入浴介助を実施している。   | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
| 入浴介助加算（Ⅱ）              | 入浴介助を適切に行うことのできる人員及び設備を有している。  | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
|                        | 医師、理学療法士、作業療法士、介護福祉士、介護支援専門員等（利用者の動作及び浴室の環境の評価を行うことができる福祉用具専門相談員、機能訓練指導員を含む。）が利用者の居宅を訪問し、利用者の状態を踏まえ、浴室における利用者の動作と浴室環境を評価している。  | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
|                        | 当該利用者の居宅を訪問し評価した者が、入浴に係る適切な介護技術に基づいて、利用者の動作を踏まえ、利用者自身で又は家族・訪問介護員等の介助により入浴を行うことが可能であると判断した場合、指定地域密着型通所介護事業所に対し、その旨情報共有している。<br>（当該利用者の居宅を訪問し評価した者が、指定地域密着型通所介護事業所の従業者以外の者である場合は、書面等を活用し、十分な情報共有を行っている。） | <input type="checkbox"/> 該当 |  |

| 点検項目              | 点検事項  | 点検結果                        |  |
|-------------------|---|-----------------------------|--|
|                   | <p>当該利用者の居宅を訪問し評価した者が、入浴に係る適切な介護技術に基づいて、利用者の動作を踏まえ、利用者自身で又は家族・訪問介護員等の介助により入浴を行うことが難しいと判断した場合は、指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員又は指定福祉用具貸与事業所若しくは指定特定福祉用具販売事業所の福祉用具専門相談員と連携し、利用者及び当該利用者を担当する介護支援専門員等に対し、福祉用具の貸与若しくは購入又は住宅改修等の浴室の環境整備に係る助言を</p> | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
|                   | <p>指定地域密着型通所介護事業所の機能訓練指導員等（機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者）が共同し、利用者の居宅を訪問し評価した者との連携の下で、利用者の身体状況や訪問で把握した利用者の居宅の浴室の環境等を踏まえた個別の入浴計画を作成している。</p>  | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
|                   | <p>個別の入浴計画に基づき、個浴その他の利用者宅の状況に近い環境で入浴介助を実施している。</p>  | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
|                   | <p>入浴介助を行う際は、関係計画等の達成状況や利用者の状態をふまえて、自身で又は家族・訪問介護員等の介助によって入浴することができるようになるよう、既存の研修等を参考に必要な介護技術の習得に努め、これを用いて行われている。</p>  | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
| <p>中重度者ケア体制加算</p> | <p>指定地域密着型サービス基準第20条第1項第2号又は第3号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以上確保している。</p>   | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
|                   | <p>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月間の利用者の総数のうち、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30以上である。</p>   | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
|                   | <p>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看護職員を1名以上配置している。</p>  | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
|                   | <p>共生型地域密着型通所介護費を算定していない。</p>   | <input type="checkbox"/> 該当 |  |

| 点検項目              | 点検事項  | 点検結果                        |  |
|-------------------|---|-----------------------------|--|
| 生活機能向上連携加算<br>(I) | 指定訪問リハビリテーション事業所、指定通所リハビリテーション事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設（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（当加算において「理学療法士等」という。）の助言に基づき、当該地域密着型通所介護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（当加算において「機能訓練指導員等」という。）が共同してアセスメント、利用者の身体状況等の評価及び個別機能訓練計画の作成を行っている。 | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
|                   | 個別機能訓練計画の作成に当たっては、指定訪問リハビリテーション事業所等の理学療法士等が、当該利用者のADL及びIADLに関する状況について、指定訪問リハビリテーション事業所、指定通所リハビリテーション事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設の場において把握し、又は指定地域密着型通所介護事業所の機能訓練指導員等と連携してICTを活用した動画やテレビ電話を用いて把握した上で、当該事業所の機能訓練指導員等に助言を行っている。  | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
|                   | 個別機能訓練計画に、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ている。目標については、利用者又はその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を踏まえ作成することとし、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している。   | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
|                   | 個別機能訓練計画に基づき、利用者の身体機能又は生活機能の向上を目的とする機能訓練の項目を準備し、機能訓練指導員等が利用者の心身の状況に応じて計画的に機能訓練を適切に提供している。   | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
|                   | 機能訓練指導員等は、各月における評価内容や目標の達成度合いについて、利用者又はその家族及び理学療法士等に報告・相談し、理学療法士等から必要な助言を得た上で、必要に応じて当該利用者又はその家族の意向を確認の上、当該利用者のADLや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 |  |
|                   | 理学療法士等は、機能訓練指導員等と共同で、3月ごとに1回以上、個別機能訓練の進捗状況等について評価した上で、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ている。   | <input type="checkbox"/> 該当 |  |

| 点検項目              | 点検事項   | 点検結果                        |  |
|-------------------|--|-----------------------------|--|
|                   | 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している。   | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
| 生活機能向上連携加算<br>（Ⅱ） | 指定訪問リハビリテーション事業所、指定通所リハビリテーション事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設（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（当加算において「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（当加算において「機能訓練指導員等」という。）と共同して、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。 | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
|                   | 個別機能訓練計画の作成にあたっては、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、介護の工夫等に対する助言を行っている。  | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
|                   | 個別機能訓練計画に、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ている。目標については、利用者又はその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を踏まえ作成することとし、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している。  | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
|                   | 個別機能訓練計画に基づき、利用者の身体機能又は生活機能の向上を目的とする機能訓練の項目を準備し、機能訓練指導員等が利用者の心身の状態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 |  |
|                   | 機能訓練指導員等は、各月における評価内容や目標の達成度合いについて、利用者又はその家族及び理学療法士等に報告・相談し、理学療法士等から必要な助言を得た上で、必要に応じて当該利用者又はその家族の意向を確認の上、当該利用者のADLや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 |  |
|                   | 理学療法士等は、3月ごとに1回以上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個別機能訓練の進捗状況等について評価した上で、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っている。   | <input type="checkbox"/> 該当 |  |

| 点検項目             | 点検事項  | 点検結果                        |   |
|------------------|---|-----------------------------|---|
|                  | 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している。  | <input type="checkbox"/> 該当 |   |
| 個別機能訓練加算（I）<br>イ | 専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師、はり師又はきゅう師（はり師又は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。）（当加算において「理学療法士等」という。）を1名以上配置している。 | <input type="checkbox"/> 該当 |   |
|                  | 個別機能訓練を行うにあたっては、機能訓練指導員等が共同して、利用者ごとにその目標、目標を踏まえた訓練項目、訓練実施時間、訓練実施回数等の内容とする個別機能訓練計画を作成している。   | <input type="checkbox"/> 該当 | ○ 個別機能訓練計画書（参考様式）                           |
|                  | 個別機能訓練目標の設定にあたっては、機能訓練指導員等が利用者の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、その結果や利用者又は家族の意向及び介護支援専門員等の意見も踏まえつつ行っている。  | <input type="checkbox"/> 該当 | ○ 興味・関心チェックシート（参考様式）<br>○ 生活機能チェックシート（参考様式） |
|                  | 個別機能訓練目標の設定にあたっては、当該利用者の意欲の向上につながるよう長期目標・短期目標のように段階的な目標とするなど可能な限り具体的かつ分かりやすい目標としている。  | <input type="checkbox"/> 該当 |   |
|                  | 個別機能訓練目標の設定にあたっては、単に身体機能の向上を目指すことのみを目標とするのではなく、日常生活における生活機能の維持・向上を目指すことを含めた目標としている。   | <input type="checkbox"/> 該当 |   |
|                  | 個別機能訓練項目の設定にあたっては、利用者の生活機能の向上に資するよう複数の種類の機能訓練項目を準備し、その項目の選択にあたっては、利用者の生活意欲の向上に繋がるよう利用者を援助している。  | <input type="checkbox"/> 該当 |   |
|                  | 個別機能訓練は、類似の目標を持ち、同様の訓練項目を選択した5人程度以下の小集団（個別対応含む）に対して機能訓練指導員が直接行い、必要に応じて事業所内外の設備等を用いた実践的かつ反復的な訓練としている。  | <input type="checkbox"/> 該当 |   |
|                  | 個別機能訓練を、概ね週1回以上を目安に実施している。  | <input type="checkbox"/> 該当 |   |

| 点検項目                                    | 点検事項   | 点検結果                        |                   |
|---|--|-----------------------------|-------------------|
|   | 個別機能訓練時間を、個別機能訓練計画に定めた訓練項目の実施に必要な1回あたりの訓練時間を考慮し、適切に設定している。   | <input type="checkbox"/> 該当 |                   |
|   | 個別機能訓練を開始した後に、個別機能訓練項目や訓練実施時間、個別機能訓練の効果（当該利用者のADL及びIADLの改善状況）等についての評価を行っている。   | <input type="checkbox"/> 該当 |                   |
|   | 個別機能訓練を開始した後に、3月ごとに1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（起居動作、ADL、IADL等の状況）の確認を行い、利用者又はその家族に対して個別機能訓練の実施状況や個別機能訓練の効果等について説明・記録している。   | <input type="checkbox"/> 該当 |                   |
|   | 個別機能訓練を開始した後に、概ね3月ごと1回以上、個別機能訓練の実施状況や個別機能訓練の効果等について、当該利用者を担当する介護支援専門員等にも適宜報告・相談し、利用者等の意向を確認の上、当該利用者に対する個別機能訓練の効果（例えば当該利用者のADL及びIADLの改善状況）等をふまえた個別機能訓練の目標の見直しや訓練項目の変更など、適切な対応を行っている。  | <input type="checkbox"/> 該当 |                   |
|   | 個別機能訓練に関する記録（個別機能訓練の目標、目標をふまえた訓練項目、訓練実施時間、個別機能訓練実施者等）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従事者により閲覧が可能であるようにしている。   | <input type="checkbox"/> 該当 |                   |
|   | 定員超過利用・人員基準欠如が発生していない。   | <input type="checkbox"/> 該当 |                   |
| 個別機能訓練加算（I）<br><input type="checkbox"/> | 専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師、はり師又はきゅう師（はり師又は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。）（当加算において「理学療法士等」という。）を1名以上配置することに加えて、専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等を指定通所介護を行う時間帯を通じて1名以上配置している。 | <input type="checkbox"/> 該当 |                   |
|   | 個別機能訓練を行うにあたっては、機能訓練指導員等が共同して、利用者ごとにその目標、目標を踏まえた訓練項目、訓練実施時間、訓練実施回数等を内容とする個別機能訓練計画を作成している。  | <input type="checkbox"/> 該当 | ○ 個別機能訓練計画書（参考様式） |

| 点検項目 | 点検事項   | 点検結果                        |   |
|------|--|-----------------------------|---|
|      | 個別機能訓練目標の設定にあたっては、機能訓練指導員等が利用者の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、その結果や利用者又は家族の意向及び介護支援専門員等の意見も踏まえて行っている。        | <input type="checkbox"/> 該当 | ○ 興味・関心チェックシート（参考様式）<br>○ 生活機能チェックシート（参考様式） |
|      | 個別機能訓練目標の設定にあたっては、当該利用者の意欲の向上につながるよう長期目標・短期目標のように段階的な目標とするなど可能な限り具体的かつ分かりやすい目標としている。                                       | <input type="checkbox"/> 該当 |   |
|      | 個別機能訓練目標の設定にあたっては、単に身体機能の向上を目指すことのみを目標とするのではなく、日常生活における生活機能の維持・向上を目指すことを含めた目標としている。  | <input type="checkbox"/> 該当 |   |
|      | 個別機能訓練項目の設定にあたっては、利用者の生活機能の向上に資するよう複数の種類の機能訓練項目を準備し、その項目の選択にあたっては、利用者の生活意欲の向上に繋がるよう利用者を援助している。                             | <input type="checkbox"/> 該当 |   |
|      | 個別機能訓練は、類似の目標を持ち、同様の訓練項目を選択した5人程度以下の小集団（個別対応含む）に対して機能訓練指導員が直接行い、必要に応じて事業所内外の設備等を用いた実践的かつ反復的な訓練としている。                       | <input type="checkbox"/> 該当 |   |
|      | 個別機能訓練を、概ね週1回以上を目安に実施している。   | <input type="checkbox"/> 該当 |   |
|      | 個別機能訓練時間を、個別機能訓練計画に定めた訓練項目の実施に必要な1回あたりの訓練時間を考慮し、適切に設定している。   | <input type="checkbox"/> 該当 |   |
|      | 個別機能訓練を開始した後に、個別機能訓練項目や訓練実施時間、個別機能訓練の効果（当該利用者のADL及びIADLの改善状況）等についての評価を行っている。   | <input type="checkbox"/> 該当 |   |
|      | 個別機能訓練を開始した後に、3月ごとに1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（起居動作、ADL、IADL等の状況）の確認を行い、利用者又はその家族に対して個別機能訓練の実施状況や個別機能訓練の効果等について説明・記録している。 | <input type="checkbox"/> 該当 |   |



| 点検項目        | 点検事項  | 点検結果                        |  |
|-------------|---|-----------------------------|--|
|             | 個別機能訓練を開始した後に、概ね3月ごと1回以上、個別機能訓練の実施状況や個別機能訓練の効果等について、当該利用者を担当する介護支援専門員等にも適宜報告・相談し、利用者等の意向を確認の上、当該利用者に対する個別機能訓練の効果（例えば当該利用者のADL及びIADLの改善状況）等をふまえた個別機能訓練の目標の見直しや訓練項目の変更など、適切な対応を行っている。 | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
|             | 個別機能訓練に関する記録（個別機能訓練の目標、目標をふまえた訓練項目、訓練実施時間、個別機能訓練実施者等）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従事者により閲覧が可能であるようにしている。  | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
|             | 定員超過利用・人員基準欠如が発生していない。  | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
| 個別機能訓練加算（Ⅱ） | 個別機能訓練加算（Ⅰ）イ又はロの基準に適合   | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
|             | 個別機能訓練計画書の内容等の情報を厚生労働省（LIFE）に提出し、機能訓練の実施に当たって、当該情報その他機能訓練の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用   | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
| ADL維持等加算（Ⅰ） | 評価対象者（当該通所介護事業所の利用期間（評価対象利用期間）が6月を超える者）の総数が10人以上  | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
|             | 評価対象者全員について、評価対象期間利用者の初月と当該月の翌月から起算して6月目において、ADLを評価し、その評価に基づく値（ADL値）を測定し、測定した日が属する月ごとに厚生労働省（LIFE）に測定を提出   | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
|             | 評価対象者の評価対象利用開始月の翌月から起算して6月目の月に測定したADL値から評価対象利用開始月に測定したADL値を控除して得た値を用いて一定の基準に基づき算定した値の平均値が1以上  | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
| ADL維持等加算（Ⅱ） | 評価対象者（当該通所介護事業所の利用期間（評価対象利用期間）が6月を超える者）の総数が10人以上  | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
|             | 評価対象者全員について、評価対象期間利用者の初月と当該月の翌月から起算して6月目において、ADLを評価し、その評価に基づく値（ADL値）を測定し、測定した日が属する月ごとに厚生労働省（LIFE）に測定を提出   | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
|             | 評価対象者の評価対象利用開始月の翌月から起算して6月目の月に測定したADL値から評価対象利用開始月に測定したADL値を控除して得た値を用いて一定の基準に基づき算定した値の平均値が2以上  | <input type="checkbox"/> 該当 |  |

| 点検項目          | 点検事項   | 点検結果                          |  |
|---------------|--|-------------------------------|--|
| ADL維持等加算（Ⅲ）   | 令和3年3月31日において現に、令和3年度介護報酬改定による改正前のADL維持等加算に係る届け出を行っている   | <input type="checkbox"/> 該当   |  |
|               | 令和3年度介護報酬改定によるADL維持等加算（Ⅰ）又は（Ⅱ）の届出を行っていない   | <input type="checkbox"/> 該当   |  |
|               | 令和5年3月31日までの措置である  | <input type="checkbox"/> 該当   |  |
| 認知症加算         | 指定地域密着型サービス基準第20条第1項第2号又は第3号に規定する員数に加え、看護職員又は介護職員を常勤換算方法で2以上確保している。  | <input type="checkbox"/> 該当   |  |
|               | 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（日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する者）の占める割合が100分の20以上である。                                | <input type="checkbox"/> 2割以上 |  |
|               | 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又は認知症介護に係る実践的な研修等を修了した者（認知症介護指導者養成研修、認知症看護に係る適切な研修、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）を1名以上配置している。 | <input type="checkbox"/> 配置   |  |
| 若年性認知症利用者受入加算 | 受け入れた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）ごとに個別に担当者を定めている。  | <input type="checkbox"/> 該当   |  |
|               | 担当者を中心に、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る。  | <input type="checkbox"/> 該当   |  |
| 栄養アセスメント加算    | 当該事業所の従業者又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   |  |
|               | 利用者ごとに管理栄養士等（管理栄養士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職員）が共同で栄養アセスメントを3ヶ月に1回以上行い、利用者、家族に結果を説明し、相談等に対応  | <input type="checkbox"/> 実施   |  |
|               | 定員、人員基準に適合   | <input type="checkbox"/> 該当   |  |
|               | 利用者ごとの栄養状態等の情報を厚生労働省（LIFE）へ提出し、当該情報その他栄養管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用   | <input type="checkbox"/> 実施   |  |

| 点検項目   | 点検事項   | 点検結果                             |                  |
|--|--|----------------------------------|------------------|
| 栄養改善加算   | 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  | <input type="checkbox"/> 配置      |                  |
|  | 管理栄養士、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の摂食・嚥下機能及び食形態に配慮した栄養ケア計画の作成                 | <input type="checkbox"/> あり      | 栄養ケア計画(参考様式)     |
|  | 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      |                  |
|  | 栄養計画に従い、管理栄養士等が(必要に応じて居宅を訪問し)栄養改善サービスの提供、栄養状態等の記録                                | <input type="checkbox"/> あり      | 栄養ケア提供経過記録(参考様式) |
|  | 栄養ケア計画の評価、介護支援専門員や主治の医師に対する情報提供  | <input type="checkbox"/> 3月ごとに実施 | 栄養ケアモニタリング(参考様式) |
|  | 定員、人員基準に適合   | <input type="checkbox"/> あり      |                  |
| 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)  | 月の算定回数   | <input type="checkbox"/> 2回以下    |                  |
|  | 利用開始時および利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態及び栄養状態について確認し情報を担当の介護支援専門員に提供                         | <input type="checkbox"/> 該当      |                  |
|  | 定員、人員基準に適合   | <input type="checkbox"/> 該当      |                  |
|  | 栄養アセスメント加算を算定している又は当該利用者が栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間である若しくは当該栄養改善サービスが終了した日の属する月 | <input type="checkbox"/> 非該当     |                  |
|  | 口腔機能向上加算の算定に係る口腔機能向上サービスを受けている間である又は当該口腔機能向上サービスが終了した日の属する月                      | <input type="checkbox"/> 非該当     |                  |
| 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)  | (1)(2)のいずれかに適合する   |                                  |                  |
|  | (1) いずれも適合   |                                  |                  |
|  | 利用開始時および利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態について確認し情報を担当の介護支援専門員に提供                               | <input type="checkbox"/> 該当      |                  |
|  | 定員、人員基準に適合   | <input type="checkbox"/> 該当      |                  |
|  | 栄養アセスメント加算を算定している又は当該利用者が栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間である若しくは当該栄養改善サービスが終了した日の属する月 | <input type="checkbox"/> 該当      |                  |
|  | 口腔機能向上加算の算定に係る口腔機能向上サービスを受けている間である又は当該口腔機能向上サービスが終了した日の属する月                      | <input type="checkbox"/> 非該当     |                  |
|  | (2) いずれも適合   |                                  |                  |
|  | 利用開始時および利用中6月ごとに利用者の栄養状態について確認し情報を担当の介護支援専門員に提供                                  | <input type="checkbox"/> 該当      |                  |
| 定員、人員基準に適合   | <input type="checkbox"/> 該当  |                                  |                  |
| 栄養アセスメント加算を算定している又は当該利用者が栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間である若しくは当該栄養改善サービスが終了した日の属する月 | <input type="checkbox"/> 非該当   |                                  |                  |

| 点検項目        | 点検事項   | 点検結果   |                           |
|-------------|--|--|---------------------------|
|             | 口腔機能向上加算の算定に係る口腔機能向上サービスを受けている間である又は当該口腔機能向上サービスが終了した日の属する月                      | <input type="checkbox"/> 該当                                  |                           |
| 口腔機能向上加算（Ⅰ） | 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                                  |                           |
|             | 言語聴覚士、歯科衛生士、看護・介護職員等による口腔機能改善管理指導計画の作成   | <input type="checkbox"/> なし                                  | 口腔機能改善管理指導計画・管理指導計画(参考様式) |
|             | 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・管理指導計画(参考様式) |
|             | 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(参考様式)   |
|             | 定員、人員基準に適合<br>月の算定回数   | <input type="checkbox"/> あり<br><input type="checkbox"/> 2回以下 |                           |
| 口腔機能向上加算（Ⅱ） | 言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員を1名以上配置   | <input type="checkbox"/> 配置                                  |                           |
|             | 言語聴覚士、歯科衛生士、看護・介護職員等による口腔機能改善管理指導計画の作成   | <input type="checkbox"/> あり                                  | 口腔機能改善管理指導計画・管理指導計画(参考様式) |
|             | 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・管理指導計画(参考様式) |
|             | 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(参考様式)   |
|             | 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                                  |                           |
|             | 定員、人員基準に適合<br>月の算定回数   | <input type="checkbox"/> あり<br><input type="checkbox"/> 2回以下 |                           |
|             | 利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画等の内容等の情報を厚生労働省（LIFE）へのデータ提出とフィードバックの活用                         | <input type="checkbox"/> 該当                                  |                           |
|             | 定員、人員基準に適合<br>月の算定回数   | <input type="checkbox"/> あり<br><input type="checkbox"/> 2回以下 |                           |
|             | 歯科医療を受診している場合は、医療保険の摂食機能療法を算定していない、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している | <input type="checkbox"/> 該当                                  |                           |

| 点検項目            | 点検事項   | 点検結果                            |  |
|-----------------|--|---------------------------------|--|
| 科学的介護推進体制加算     | 利用者ごとのADL値（ADLの評価に基づき測定し値）、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の利用者の心身の状況等に係る基本的な情報を、厚生労働省（LIFE）に提出   | <input type="checkbox"/> 実施     |  |
|                 | 必要に応じて認知症対応型通所介護計画を見直すなど、指定認知症対応型通所介護の提供に当たって、厚生労働省に提出する情報その他指定認知症対応型通所介護を適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用している   | <input type="checkbox"/> 実施     |  |
| 同一建物減算          | 指定地域密着型通所介護事業所と同一建物に居住する者又は指定地域密着型通所介護事業所と同一建物から当該指定地域密着型通所介護事業所に通う者に対し指定地域密着型通所介護を行った場合（傷病により一時的に送迎が必要であると認められる利用者その他やむを得ない事情により送迎が必要と認められる利用者に対して送迎を行った場合を除く。） | <input type="checkbox"/> 該当     |  |
| 送迎減算            | 指定地域密着型通所介護事業所の従業者が、利用者に対し、その居宅と指定地域密着型通所介護事業所との間の送迎を行わない場合  | <input type="checkbox"/> 該当     |  |
| サービス提供体制強化加算（Ⅰ） | 1 介護職員の総数のうち介護福祉士の占める割合が100分の70以上  | <input type="checkbox"/> いずれか該当 |  |
|                 | 2 介護職員の総数のうち勤続年数が10年以上の介護福祉士の占める割合が100分の25以上   |                                 |  |
|                 | 3 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（Ⅱ） | 1 介護職員の総数のうち介護福祉士の占める割合が100分の50以上  | <input type="checkbox"/> 5割以上   |  |
|                 | 2 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） | 1 介護職員の総数のうち介護福祉士の占める割合が100分の40以上  | <input type="checkbox"/> いずれか該当 |  |
|                 | 2 勤続年数7年以上の介護福祉士が100分の30以上   |                                 |  |
|                 | 3 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イ  | 1 直接提供する職員のうち勤続年数7年以上の職員が100分の30以上   | <input type="checkbox"/> 該当     |  |
|                 | 2 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ロ  | 1 サービスを直接提供する職員のうち勤続年数3年以上の職員が100分の30以上  | <input type="checkbox"/> 該当     |  |
|                 | 2 定員、人員基準に適合   | <input type="checkbox"/> 該当     |  |

| 点検項目  | 点検事項   | 点検結果                     |       |             |
|---|--|--------------------------|-------|-------------|
| 介護職員処遇改善加算<br>(Ⅰ)                           | 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    | 介護職員処遇改善計画書 |
|   | 2 介護職員処遇改善計画書の作成、周知、届出   | <input type="checkbox"/> | あり    | 介護職員処遇改善計画書 |
|   | 3 賃金改善の実施  | <input type="checkbox"/> | あり    |             |
|   | 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 労働保険料の納付   | <input type="checkbox"/> | 適正に納付 |             |
|   | 7 次の(1)~(3)のいずれにも適合  | <input type="checkbox"/> |       |             |
|   | (1)任用の際の職責又は職務内容等の要件を書面で作成し、全ての介護職員に周知<br>(2)資質の向上の支援に関する計画の策定、研修の実施又は研修の機会を確保し、全ての介護職員に周知<br>(3)介護職員の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、全ての介護職員に周知 | <input type="checkbox"/> | あり    | 研修計画書       |
| 8 処遇改善の内容(賃金改善を除く)及び処遇改善に要する費用の見込額を全ての職員に周知 | <input type="checkbox"/>   | あり                       |       |             |
| 介護職員処遇改善加算<br>(Ⅱ)                           | 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    | 介護職員処遇改善計画書 |
|   | 2 介護職員改善計画書の作成、周知、届出   | <input type="checkbox"/> | あり    | 介護職員処遇改善計画書 |
|   | 3 賃金改善の実施  | <input type="checkbox"/> | あり    |             |
|   | 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 労働保険料の納付   | <input type="checkbox"/> | 適正に納付 |             |
|   | 7 次の(1)、(2)のいずれにも適合<br>(1)任用の際の職責又は職務内容等の要件を書面で作成し、全ての介護職員に周知<br>(2)資質の向上の支援に関する計画の策定、研修の実施又は研修の機会を確保し、全ての介護職員に周知  | <input type="checkbox"/> | あり    | 研修計画書       |
|   | 8 処遇改善の内容(賃金改善を除く)及び処遇改善に要する費用の見込額を全ての職員に周知  | <input type="checkbox"/> | あり    |             |
| 介護職員処遇改善加算<br>(Ⅲ)                           | 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    | 介護職員処遇改善計画書 |
|   | 2 介護職員処遇改善計画書の作成、周知、届出   | <input type="checkbox"/> | あり    | 介護職員処遇改善計画書 |
|   | 3 賃金改善の実施  | <input type="checkbox"/> | あり    |             |
|   | 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 労働保険料の納付   | <input type="checkbox"/> | 適正に納付 |             |

| 点検項目             | 点検事項   | 点検結果   |                |
|------------------|--|--|----------------|
|                  | 7 次の(1)、(2)のいずれかに適合<br>(1)任用の際の職責又は職務内容等の要件を書面で作成し、全ての介護職員に周知<br>(2)資質の向上の支援に関する計画の策定、研修の実施又は研修の機会を確保し、全ての介護職員に周知  | <input type="checkbox"/> あり<br><input type="checkbox"/> あり | 研修計画書          |
|                  | 8 処遇改善の内容(賃金改善を除く)及び処遇改善に要する費用の見込額を全ての職員に周知  | <input type="checkbox"/> あり                                |                |
| 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ) | 1 次の(一)、(二)、(三)、(四)のいずれにも該当し、賃金改善に要する費用の見込額が当該加算の算定見込額を上回る賃金改善計画の策定、計画に基づく措置の実施<br>(一) 経験・技能のある介護職員のうち一人は、賃金改善に要する費用の見込み額が月額8万円以上又は年額440万円以上<br>(二) 指定通所介護事業所における経験・技能のある介護職員の賃金改善に要する費用の見込額の平均が介護職員(経験・技能のある介護職員を除く)の賃金改善に要する費用の見込額の平均を上回っている<br>(三) 介護職員(経験・技能のある介護職員を除く)の賃金改善に要する費用の見込額の平均が介護職員以外の職員の賃金改善に要する費用の見込額の平均の2倍以上(介護職員以外の職員の平均賃金額が介護職員(経験・技能のある介護職員を除く)の平均賃金額を上回らない場合を除く)<br>(四) 介護職員以外の職員の賃金改善後の賃金の見込額が年額440万円を上回らない | <input type="checkbox"/> 該当                                | 介護職員等特定処遇改善計画書 |
|                  | 2 介護職員等特定処遇改善計画書の作成、周知、届出  | <input type="checkbox"/> あり                                | 介護職員等特定処遇改善計画書 |
|                  | 3 介護職員等特定処遇改善加算の算定額に相当する賃金改善の実施  | <input type="checkbox"/> あり                                |                |
|                  | 4 処遇改善の実施の報告   | <input type="checkbox"/> あり                                | 実績報告書          |
|                  | 5 サービス提供体制強化加算(Ⅰ)又は(Ⅱ)の届出  | <input type="checkbox"/> あり                                |                |
|                  | 6 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)から(Ⅲ)までのいずれかを算定   | <input type="checkbox"/> あり                                |                |
|                  | 7 処遇改善の内容(賃金改善を除く)及び処遇改善に要する費用の見込額を全ての職員に周知  | <input type="checkbox"/> あり                                |                |
|                  | 8 処遇改善の内容(賃金改善を除く)等についてインターネットの利用その他の適切な方法で公表  | <input type="checkbox"/> あり                                |                |

| 点検項目             | 点検事項   | 点検結果                     |    |                    |
|------------------|--|--------------------------|----|--------------------|
| 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ) | 1 次の(一)、(二)、(三)、(四)のいずれにも該当し、賃金改善に要する費用の見込額が当該加算の算定見込額を上回る賃金改善計画の策定、計画に基づく措置の実施<br>(一) 経験・技能のある介護職員のうち一人は、賃金改善に要する費用の見込み額が月額8万円以上又は年額440万円以上<br>(二) 指定通所介護事業所における経験・技能のある介護職員の賃金改善に要する費用の見込額の平均が介護職員(経験・技能のある介護職員を除く)の賃金改善に要する費用の見込額の平均を上回っている<br>(三) 介護職員(経験・技能のある介護職員を除く)の賃金改善に要する費用の見込額の平均が介護職員以外の職員の賃金改善に要する費用の見込額の平均の2倍以上(介護職員以外の職員の平均賃金額が介護職員(経験・技能のある介護職員を除く)の平均賃金額を上回らない場合を除く)<br>(四) 介護職員以外の職員の賃金改善後の賃金の見込額が年額440万円を上回らない | <input type="checkbox"/> | 該当 | 介護職員等特定処遇改善計画書     |
|                  | 2 介護職員等特定処遇改善計画書の作成、周知、届出  | <input type="checkbox"/> | あり | 介護職員等特定処遇改善計画書     |
|                  | 3 介護職員等特定処遇改善加算の算定額に相当する賃金改善の実施  | <input type="checkbox"/> | あり |                    |
|                  | 4 処遇改善の実施の報告   | <input type="checkbox"/> | あり | 実績報告書              |
|                  | 5 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)から(Ⅲ)までのいずれかを算定   | <input type="checkbox"/> | あり |                    |
|                  | 6 処遇改善の内容(賃金改善を除く)及び処遇改善に要する費用の見込額を全ての職員に周知  | <input type="checkbox"/> | あり |                    |
|                  | 7 処遇改善の内容(賃金改善を除く)等についてインターネットの利用その他の適切な方法で公表  | <input type="checkbox"/> | あり |                    |
| 介護職員等ベースアップ等支援加算 | 1 ベースアップ等要件 賃金改善に関する計画の策定、計画に基づく措置、処遇改善の実施の報告  | <input type="checkbox"/> | あり | ベースアップ等支援加算処遇改善計画書 |
|                  | 2 処遇改善加算要件 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)から(Ⅲ)までのいずれかを算定  | <input type="checkbox"/> | あり |                    |