

# 介護報酬 自己点検表 【短期入所生活介護費】

R7一部改正

| 点検項目              | 点検事項                              | 点検結果                     |                                   |
|-------------------|-----------------------------------|--------------------------|-----------------------------------|
| 単独型短期入所生活介護費      | 単独型短期入所生活介護費（Ⅰ）※従来型個室             | <input type="checkbox"/> |                                   |
|                   | 単独型短期入所生活介護費（Ⅱ）※多床室               | <input type="checkbox"/> |                                   |
| 併設型短期入所生活介護費      | 併設型短期入所生活介護費（Ⅰ）※従来型個室             | <input type="checkbox"/> |                                   |
|                   | 併設型短期入所生活介護費（Ⅱ）※多床室               | <input type="checkbox"/> |                                   |
| 単独型ユニット型短期入所生活介護費 | 単独型ユニット型短期入所生活介護費 ※ユニット型個室        | <input type="checkbox"/> |                                   |
|                   | 経過的単独型ユニット型短期入所生活介護費 ※ユニット型個室的多床室 | <input type="checkbox"/> |                                   |
| 併設型ユニット型短期入所生活介護費 | 併設型ユニット型短期入所生活介護費 ※ユニット型個室        | <input type="checkbox"/> |                                   |
|                   | 経過的併設型ユニット型短期入所生活介護費 ※ユニット型個室的多床室 | <input type="checkbox"/> |                                   |
| 夜勤減算（単独型）         | 利用者数25人以下                         | <input type="checkbox"/> | 看護・介護1人未滿                         |
|                   | 利用者数26人以上60人以下                    | <input type="checkbox"/> | 看護・介護2人未滿                         |
|                   | 利用者数61人以上80人以下                    | <input type="checkbox"/> | 看護・介護3人未滿                         |
|                   | 利用者数81人以上100人以下                   | <input type="checkbox"/> | 看護・介護4人未滿                         |
|                   | 利用者数101人以上                        | <input type="checkbox"/> | 看護・介護4人に利用者25人又はその端数を増す毎に1を加えた数未滿 |
|                   | ユニット型・・・2ユニットごとに1以上               | <input type="checkbox"/> | 満たさない                             |

| 点検項目                                | 点検事項   | 点検結果   |                                   |
|-------------------------------------|--|--|-----------------------------------|
| 夜勤減算（特別養護老人ホームの空床利用併設型（ユニット型特養を除く）） | ①利用者数、入所者数の合計数が25人以下   | <input type="checkbox"/>   | 看護・介護1人未満                         |
|                                     | ②利用者数、入所者数の合計数が26人以上60人以下  | <input type="checkbox"/>   | 看護・介護2人未満                         |
|                                     | ③利用者数、入所者数の合計数が61人以上80人以下  | <input type="checkbox"/>   | 看護・介護3人未満                         |
|                                     | ④利用者数、入所者数の合計数が81人以上100人以下   | <input type="checkbox"/>   | 看護・介護4人未満                         |
|                                     | ⑤利用者数、入所者数の合計数が101人以上  | <input type="checkbox"/>   | 看護・介護4人に利用者25人又はその端数を増す毎に1を加えた数未満 |
|                                     |  | 次の要件のいずれにも適合する場合は②～⑤の利用者数、入所者数の合計の10分の8<br>i 夜勤時間帯を通じて、利用者の動向を検知できる見守り機器を利用者の数以上設置<br>ii 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（職員同士の連携促進） | <input type="checkbox"/>          |
| 夜勤減算（特別養護老人ホームの空床利用併設型（ユニット型特養を除く）） | iii 見守り機器及び情報通信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、 <b>介護機器を安全かつ有効に活用するための委員会</b> 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、当該事項の実施を定期的に確認している。 | <input type="checkbox"/>   | 実施                                |
|                                     | (1) 夜勤を行う職員による利用者の安全及びケアの質の確保  | <input type="checkbox"/>   | 実施                                |
|                                     | (2) 夜勤を行う職員の負担の軽減及び勤務状況への配慮  | <input type="checkbox"/>   | 実施                                |
|                                     | (3) 夜勤時間帯における緊急時の体制整備  | <input type="checkbox"/>   | 実施                                |
|                                     | (4) 見守り機器等の定期的な点検  | <input type="checkbox"/>   | 実施                                |
|                                     | (5) 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  | <input type="checkbox"/>   | 実施                                |
|                                     | iv 入所者の数の合計数が、60以下の場合には1以上、61以上の場合には2以上の介護職員又は看護職員が、夜勤時間帯を通じて常時配置  | <input type="checkbox"/>   | 配置                                |

| 点検項目   | 点検事項   | 点検結果  |  |
|--|--|---|--|
| 夜勤減算（併設事業所）  | a併設本体が特別養護老人ホーム  | <input type="checkbox"/> 夜勤減算（特別養護老人ホーム空床利用併設型に該当     |  |
|  | b併設本体がユニット型特別養護老人ホーム                                       | <input type="checkbox"/> 利用者、入所者の合計数が20又はその端数を増す毎に1未満 |  |
|  | a, b以外   |   |  |
|  | i 利用者の数が25以下の併設事業所は本体施設として必要とされる看護職員又は看護職員に加え              | <input type="checkbox"/> 看護・介護1人未満                    |  |
|  | ii 利用者の数が26以上の60以下の併設事業所は本体施設として必要とされる看護職員又は看護職員に加え        | <input type="checkbox"/> 看護・介護2人未満                    |  |
|  | iii 利用者の数が61以上の80以下の併設事業所は本体施設として必要とされる看護職員又は看護職員に加え       | <input type="checkbox"/> 看護・介護3人未満                    |  |
| iv 利用者の数が81以上の100以下の併設事業所は本体施設として必要とされる看護職員又は看護職員に加え | <input type="checkbox"/> 看護・介護4人未満                         |   |  |
| v 利用者の数が101以上の併設事業所は本体施設として必要とされる看護職員又は看護職員に加え       | <input type="checkbox"/> 看護・介護4人に利用者25人又はその端数を増す毎に1を加えた数未満 |   |  |
| 夜勤減算（併設型・共生型）  | 指定障害者支援施設として必要とされる夜勤を行う生活支援員の数                             | <input type="checkbox"/> 必要とされる生活支援員数未満               |  |
| 夜勤減算（併設型・ユニット型）                                      | (一) 併設本体が特別養護老人ホーム   | <input type="checkbox"/> 利用者、入所者の合計数が20又はその端数を増す毎に1以下 |  |
|  | (二) (一) 以外のユニット型指定短期入所生活介護事業所                              | <input type="checkbox"/> 2のユニット毎に介護・看護1未満             |  |

| 点検項目     | 点検事項  | 点検結果                     |    |
|----------|---|--------------------------|----|
| 定員超過減算   | <p>指定居宅サービス基準第121条第2項の規定の適用を受けない指定短期入所生活介護事業所にあつては、介護保険法施行規則第121条の規定に基づき市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<br/> (老人福祉法第10条の4第1項第3号の規定による市町村が行った措置によりやむを得ず利用定員を超える場合にあつては、利用定員に100分の105を乗じて得た数(利用定員が40を超える場合にあつては、利用定員に2を加えて得た数)を超える場合)</p>   | <input type="checkbox"/> | 該当 |
|          | <p>指定居宅サービス基準第121条第2項の規定の適用を受ける指定短期入所生活介護事業所(空床利用併設型)にあつては、施行規則第121条の規定に基づき市長に提出した特別養護老人ホームの入所定員を超える場合<br/> (老人福祉法第10条の4第1項第3号若しくは第11条第1項第2号の規定による市町村が行った措置、病院若しくは診療所に入院中の入所者の再入所の時期が見込みより早い時期となったことによりやむを得ず入所定員を超える場合にあつては、入所定員の数に100分の105を乗じて得た数(入所定員が40を超える場合にあつては、入所定員に2を加えて得た数)を超える場合)</p> | <input type="checkbox"/> | 該当 |
| 人員基準欠如減算 | <p>&lt;単独型短期入所生活介護費を算定する場合&gt;<br/> 指定居宅サービス基準第121条に定める員数を置いていない場合</p>  | <input type="checkbox"/> | 該当 |
|          | <p>&lt;併設型短期入所生活介護費を算定する場合&gt;<br/> 指定居宅サービス基準第140条の14の規定の適用を受けない指定短期入所生活介護事業所にあつては、指定居宅サービス基準第121条に定める員数を置いていない場合</p>  | <input type="checkbox"/> | 該当 |
|          | <p>&lt;併設型短期入所生活介護費を算定する場合&gt;<br/> 指定居宅サービス基準第140条の14の規定の適用を受ける指定短期入所生活介護事業所(共生型)にあつては、同条第2号に定める員数を置いていない場合</p>  | <input type="checkbox"/> | 該当 |
|          | <p>&lt;単独型ユニット型短期入所生活介護費を算定する場合&gt;<br/> 利用者の数が3又はその端数を増すごとに1以上の介護職員又は看護職員を置いていない場合</p>   | <input type="checkbox"/> | 該当 |
|          | <p>&lt;併設型ユニット型短期入所生活介護費を算定する場合&gt;<br/> 利用者の数が3又はその端数を増すごとに1以上の介護職員又は看護職員を置いていない場合</p>   | <input type="checkbox"/> | 該当 |

| 点検項目                             | 点検事項  | 点検結果                     |    |
|----------------------------------|---|--------------------------|----|
| ユニットケア減算<br>※ユニット型のみ             | 日中について、ユニットごとに常時1人以上の介護職員又は看護職員を配置していない場合   | <input type="checkbox"/> | 該当 |
|                                  | ユニットごとに、常勤のユニットリーダーを配置していない場合   | <input type="checkbox"/> | 該当 |
| 身体拘束廃止未実施減算                      | 身体的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月に1回以上開催するとともに、その結果について従業員に周知徹底していない。   | <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 |
|                                  | 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"/> | 該当 |
| 高齢者虐待防止措置未実施減算                   | 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的開催するとともに、その結果について介護職員その他の従業者に周知徹底していない。  | <input type="checkbox"/> | 該当 |
|                                  | 虐待の防止のための指針を整備していない。  | <input type="checkbox"/> | 該当 |
|                                  | 虐待の防止のための研修を年1回以上実施していない。   | <input type="checkbox"/> | 該当 |
|                                  | 上記を適切に実施するための担当者を置いていない。  | <input type="checkbox"/> | 該当 |
| 業務継続計画未策定減算<br>(令和7年3月31日まで経過措置) | 感染症や非常災害の発生時において、入所者に対するサービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画(以下「業務継続計画」という。)を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じていない。 | <input type="checkbox"/> | 該当 |
| 共生型短期入所生活介護を行う場合                 | 共生型居宅サービスの事業を行う指定短期入所事業者が当該事業を行う事業所において共生型短期入所生活介護を行った場合  | <input type="checkbox"/> | 該当 |
| 生活相談員配置等加算                       | 共生型短期入所生活介護費を算定している。  | <input type="checkbox"/> | 該当 |
|                                  | 生活相談員を、常勤換算方法で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 |

| 点検項目              | 点検事項   | 点検結果 |  |
|-------------------|--|------|--|
| 生活機能向上連携加算<br>(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、当該短期入所生活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、又は指定短期入所生活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 |  |

| 点検項目                       | 点検事項  | 点検結果                     |    |
|----------------------------|---|--------------------------|----|
| 生活機能向上連携加算<br>(Ⅰ)<br>(つづき) | 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 |
|                            | 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。   | <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、当該指定短期入所生活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 |

| 点検項目                       | 点検事項   | 点検結果   |  |
|----------------------------|--|--|--|
| 生活機能向上連携加算<br>(Ⅱ)<br>(つづき) | <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況に応じて計画的に機能訓練を適切に提供している。</p> <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> <p>理学療法士等は、3月ごとに1回以上指定短期入所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。</p> <p>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。</p> | <input type="checkbox"/> 該当<br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><input type="checkbox"/> 該当 |  |
| 専従の機能訓練指導員を配置している場合        | <p>&lt;利用者の数が100以下である指定短期入所生活介護事業所の場合&gt;<br/>専ら機能訓練指導員の職務に従事する常勤の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師、あんまマッサージ指圧師、はり師又はきゅう師（はり師及びきゅう師については、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあんま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。</p> <p>&lt;利用者の数が100を超える指定短期入所生活介護事業所の場合&gt;<br/>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名以上配置し、かつ、理学療法士等である従業者を機能訓練指導員として常勤換算方法で利用者の数を100で除した数以上配置している。</p>  | <input type="checkbox"/> 該当<br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><input type="checkbox"/> 該当 |  |

| 点検項目     | 点検事項  | 点検結果                     |    |  |
|----------|---|--------------------------|----|--|
| 個別機能訓練加算 | 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（はり師及びきゅう師については、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ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、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。）が居宅を訪問した上で利用者の居宅での生活状況（起居動作、ADL、IADL等の状況）を確認し、多職種が共同して、利用者ごとにその目標、実施時間、実施方法等を内容とする個別機能訓練計画を作成している。                                      | <input type="checkbox"/> | 該当 | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 個別機能訓練計画書（参考様式）</li> <li>○ 興味・関心チェックシート（参考様式）</li> <li>○ 生活機能チェックシート（参考様式）</li> </ul> |
|          | 個別機能訓練の目標は、適切なアセスメントを経て利用者のADL及びIADLの状況を把握した上で設定されており、日常生活における生活機能の維持・向上に関するものとなっている。   | <input type="checkbox"/> | 該当 |  |
|          | 個別機能訓練の目標の設定にあたっては、利用者又は家族の意向及び利用者を担当する介護支援専門員の意見も踏まえ、当該利用者の意欲の向上につながるよう、段階的な目標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 |  |
|          | 個別機能訓練が、短期入所生活介護事業所を計画的又は期間を定めて利用する者に対して、計画的に行われている。  | <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内容が設定された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内容の実施に必要な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、個別機能訓練計画に基づいて行った個別機能訓練の効果、実施時間、実施方法等について評価等を行っている。  | <input type="checkbox"/> | 該当 |  |

| 点検項目              | 点検事項   | 点検結果                     |    |
|-------------------|--|--------------------------|----|
| 個別機能訓練加算<br>(つづき) | 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を確認した上で、利用者又はその家族や進捗状況等を説明し記録するとともに訓練内容の見直し等を行っている。   | <input type="checkbox"/> | 該当 |
|                   | 個別機能訓練を開始した後に、個別機能訓練の評価内容や個別機能訓練計画の目標の達成度合いについて、当該利用者を担当する介護支援専門員等に適宜報告・相談し、必要に応じて利用者等の意向を確認の上、当該利用者のADL及びIADLの改善状況を踏まえた目標の見直しや訓練内容の変更など適切な対応を行っている。   | <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 |
| 看護体制加算（Ⅰ）         | 常勤の看護職員を1名以上配置している。  | <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 |
| 看護体制加算（Ⅱ）         | <指定居宅サービス等基準第121条第2項の適用（空床利用）を受ける特別養護老人ホーム以外の場合><br>看護職員の数が、常勤換算方法で、利用者の数が25又はその端数を増すごとに1以上配置している。   | <input type="checkbox"/> | 該当 |
|                   | <指定居宅サービス等基準第121条第2項の適用（空床利用）を受ける特別養護老人ホームの場合><br>当該特別養護老人ホームの看護職員の数が、常勤換算方法で、利用者の数（指定短期入所生活介護の利用者の数及び当該特別養護老人ホームの入所者の数の合計数）が25又はその端数を増すごとに1以上配置されており、かつ、特別養護老人ホーム基準第12条第1項第4号に定める特別養護老人ホームに置くべき看護職員の数に1を加えた数以上配置している。 | <input type="checkbox"/> | 該当 |
|                   | 当該事業所の看護職員により、又は病院、診療所若しくは訪問看護ステーションの看護職員との連携により、24時間連絡できる体制を確保している。   | <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 |

| 点検項目       | 点検事項  | 点検結果                        |
|------------|---|-----------------------------|
| 看護体制加算（Ⅲ）イ | 利用定員が29人以下である。  | <input type="checkbox"/> 該当 |
|            | 当該事業所における算定日が属する年度の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又は要介護5である者の占める割合が100分の70以上である。   | <input type="checkbox"/> 該当 |
|            | 常勤の看護職員を1名以上配置している。   | <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 |
|            |   |                             |
| 看護体制加算（Ⅲ）ロ | 利用定員が30人以上50人以下である。   | <input type="checkbox"/> 該当 |
|            | 当該事業所における算定日が属する年度の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又は要介護5である者の占める割合が100分の70以上である。   | <input type="checkbox"/> 該当 |
|            | 常勤の看護職員を1名以上配置している。   | <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 |
|            |   |                             |
| 看護体制加算（Ⅳ）イ | 利用定員が29人以下である。  | <input type="checkbox"/> 該当 |
|            | 当該事業所における算定日が属する年度の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又は要介護5である者の占める割合が100分の70以上である。   | <input type="checkbox"/> 該当 |
|            | <指定居宅サービス等基準第121条第2項の適用（空床利用）を受ける特別養護老人ホーム以外の場合><br>看護職員の数が、常勤換算方法で、利用者の数が25又はその端数を増すごとに1以上配置している。  | <input type="checkbox"/> 該当 |
|            | <指定居宅サービス等基準第121条第2項の適用（空床利用）を受ける特別養護老人ホームの場合><br>当該特別養護老人ホームの看護職員の数が、常勤換算方法で、利用者の数が25又はその端数を増すごとに1以上配置されており、かつ、特別養護老人ホーム基準第12条第1項第4号に定める特別養護老人ホームに置くべき看護職員の数に1を加えた数以上配置している。 | <input type="checkbox"/> 該当 |
|            | 当該事業所の看護職員により、又は病院、診療所若しくは訪問看護ステーションの看護職員との連携により、24時間連絡できる体制を確保している。  | <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 |

| 点検項目       | 点検事項   | 点検結果                     |    |
|------------|--|--------------------------|----|
| 看護体制加算（Ⅳ）□ | 利用定員が30人以上50人以下である。  | <input type="checkbox"/> | 該当 |
|            | 当該事業所における算定日が属する年度の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又は要介護5である者の占める割合が100分の70以上である。  | <input type="checkbox"/> | 該当 |
|            | ＜指定居宅サービス等基準第121条第2項の適用（空床利用）を受ける特別養護老人ホーム以外の場合＞<br>看護職員の数が、常勤換算方法で、利用者の数が25又はその端数を増すごとに1以上配置している。   |                          | 該当 |
|            | ＜指定居宅サービス等基準第121条第2項の適用（空床利用）を受ける特別養護老人ホームの場合＞<br>当該特別養護老人ホームの看護職員の数が、常勤換算方法で、利用者の数が25又はその端数を増すごとに1以上配置されており、かつ、特別養護老人ホーム基準第12条第1項第4号に定める特別養護老人ホームに置くべき看護職員の数に1を加えた数以上配置している。                        | <input type="checkbox"/> | 該当 |
|            | 当該事業所の看護職員により、又は病院、診療所若しくは訪問看護ステーションの看護職員との連携により、24時間連絡できる体制を確保している。   | <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 |
| 看取り連携体制加算  | 看護体制加算（Ⅱ）又は（Ⅳ）イ若しくはロを算定している。   | <input type="checkbox"/> | 該当 |
|            | 看護体制加算（Ⅰ）又は（Ⅲ）イ若しくはロを算定しており、かつ、当該事業所の看護職員により、又は病院、診療所、指定訪問看護ステーション若しくは本体施設の看護職員との連携により、24時間連絡できる体制を確保していること。   | <input type="checkbox"/> | 該当 |
|            | 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   | <input type="checkbox"/> | 該当 |
|            | 看取り期における対応方針を定め、利用開始の際に、利用者又はその家族等に対して、当該対応方針の内容を説明し、同意を得ていること。  | <input type="checkbox"/> | 該当 |
|            | 死亡日及び死亡日以前30日以下について、7日を限度<br>※死亡前に医療機関へ入院した後、入院先で死亡した場合でも算定可能であるが、その際には、当該短期入所生活介護事業所においてサービスを直接提供していない入院した日の翌日から死亡日までの間は、算定することができない。（したがって、入院した日の翌日から死亡日までの期間が30日以上あった場合には、看取り連携体制加算を算定することはできない。） | <input type="checkbox"/> | 該当 |

| 点検項目     | 点検事項  | 点検結果                        |
|----------|---|-----------------------------|
| 医療連携強化加算 | 看護体制加算（Ⅱ）又は（Ⅳ）を算定している。  | <input type="checkbox"/> 該当 |
|          | 利用者の急変の予測や早期発見等のため、看護職員による定期的な巡視を行っている。   | <input type="checkbox"/> 該当 |
|          | 主治の医師と連絡が取れない等の場合に備えて、あらかじめ協力医療機関を定め、緊急やむを得ない場合の対応に係る取り決めを行っている。  | <input type="checkbox"/> 該当 |
|          | 主治の医師との連携方法や搬送方法も含め、急変時の医療提供の方針について、利用者から同意を得ている。また当該同意を文書で記録している。  | <input type="checkbox"/> 該当 |
|          | 同加算を算定する利用者は、以下のいずれかに該当する者である。<br>イ 喀痰吸引を実施している状態<br>ロ 呼吸障害等により人工呼吸器を使用している状態<br>ハ 中心静脈注射を実施している状態<br>ニ 人工腎臓を実施している状態<br>ホ 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>ヘ 人工膀胱又は人工肛門の処置を実施している状態<br>ト 経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われている状態<br>チ 褥瘡に対する治療を実施している状態<br>リ 気管切開が行われている状態 | <input type="checkbox"/> 該当 |
|          | 在宅中重度受入加算を算定していない。  | <input type="checkbox"/> 該当 |

| 点検項目   | 点検事項  | 点検結果                        |  |
|--|---|-----------------------------|--|
| 夜勤職員配置加算（Ⅰ）<br>※ユニット型以外<br><br>夜勤職員配置加算（Ⅱ）<br>※ユニット型 | 夜勤を行う看護職員又は介護職員を、必要となる（夜勤減算とならない）数に1を加えた数以上配置<br>※a 次に掲げる要件のいずれにも適合している場合は、最低基準に0.9を加えた数以上<br>i 見守り機器を、当該指定短期入所生活介護事業所の利用者の数の10分の1以上の数設置している。<br>ii <b>入所者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会</b> を設置し、必要な検討等が行われている。<br>※b 次に掲げる要件のいずれにも適合している場合は、最低基準に0.6を加えた数以上<br>i 夜勤時間帯を通じて、見守り機器を当該事業所の利用者の数以上設置している。<br>ii 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>iii 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、 <b>入所者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会</b> 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利用者への訪問及び当該利用者に対する適切なケア等による利用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 | <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>※ユニット型以外<br><br>夜勤職員配置加算 (Ⅳ)<br>※ユニット型 | 夜勤を行う看護職員又は介護職員を、必要となる（夜勤減算とならない）数に1を加えた数以上配置<br>※1次に掲げる要件のいずれにも適合している場合は、最低基準に0.9を加えた数以上<br>i 見守り機器を、当該指定短期入所生活介護事業所の利用者の数の10分の1以上の数設置している。<br>ii <b>入所者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会</b> を設置し、必要な検討等が行われている。<br>※2次に掲げる要件のいずれにも適合している場合は、最低基準に0.6を加えた数以上<br>i 夜勤時間帯を通じて、見守り機器を当該事業所の利用者の数以上設置している。<br>ii 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>iii 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、 <b>入所者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会</b> 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利用者への訪問及び当該利用者に対する適切なケア等による利用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 | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
|  | 夜勤時間帯を通じ、看護職員、介護福祉士、特定登録者、新特定登録者又は認定特定行為業務従事者のいずれかを1以上配置  | <input type="checkbox"/> 配置 |  |

| 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 | 医師が、認知症の行動・心理症状（認知症による認知機能の障害に伴う、妄想・幻覚・興奮・暴言等の症状）が認められるため、在宅での生活が困難であり、緊急に指定短期入所生活介護を利用することが適当であると判断した者に対し、指定短期入所生活介護を行っている。  | <input type="checkbox"/> | 該当 |
|                  | 指定短期入所生活介護の利用の開始にあたっては、介護支援専門員、受入事業所の職員と連携し、利用者又は家族から同意を得ている。   | <input type="checkbox"/> | 該当 |
|                  | 同加算を算定する利用者は、以下のいずれにも該当していない。<br>A 病院又は診療所に入院中の者であって、退院後直接短期入所生活介護の利用を開始した者<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であって、退院又は退所後直接短期入所生活介護の利用を開始した者<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を利用中の者であって、利用後直接短期入所生活介護の利用を開始した者 | <input type="checkbox"/> | 該当 |
|                  | 判断を行った医師は診療録等に症状、判断の内容等を記録している。   | <input type="checkbox"/> | 該当 |
|                  | 当該事業所は、判断を行った医師名、日付及び利用開始にあたっての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 |
|                  |   |                          |    |
| 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 |
|                  | 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 |
| 利用者に対して送迎を行う場合   | 同加算を算定する利用者は、利用者の心身の状態、家族等の事情等からみて送迎を行うことが必要と認められる者である。   | <input type="checkbox"/> | 該当 |
|                  | 指定短期入所生活介護事業所の従業者が、利用者に対し、その居宅と当該事業所との間の送迎を行っている。   | <input type="checkbox"/> | 該当 |

| 点検項目       | 点検事項  | 点検結果                        |
|------------|---|-----------------------------|
| 緊急短期入所受入加算 | 同加算を算定する利用者は、緊急利用者（介護を行うものが疾病にかかっていることその他やむを得ない理由により居宅で介護を受けることができない、かつ、居宅サービス計画において当該日に利用することが計画されていない者）である。   | <input type="checkbox"/> 該当 |
|            | 緊急利用者を担当する指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員が、あらかじめ、緊急の必要性及び利用を認めている。  | <input type="checkbox"/> 該当 |
|            | 緊急利用者に関する利用の理由、期間、緊急受入れ後の対応などの事項を記録している。  | <input type="checkbox"/> 該当 |
|            | 緊急利用者にかかる変更前後の居宅サービス計画を保存するなどして、適正な緊急利用に努めている。  | <input type="checkbox"/> 該当 |
|            | 緊急受入れ後に適切な介護を受けられるための方策について、担当する指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員と密接な連携を行い、相談している。  | <input type="checkbox"/> 該当 |
|            | 7日を超えて加算を算定する場合、14日を限度とし、その際は随時適切なアセスメントによる代替手段の確保等について、十分検討している。   | <input type="checkbox"/> 該当 |
| 長期利用者減算    | 居宅に戻ることなく、自費利用を挟み同一事業所を連続30日を超えて利用している者に対して短期入所生活介護を提供した場合  | <input type="checkbox"/> 該当 |
|            | 長期利用の適正化の報酬を算定していない。  | <input type="checkbox"/> 該当 |
| 長期利用の適正化   | <p>居宅に戻ることなく、自費利用を挟み同一事業所を連続60日を超えて利用している者に対して短期入所生活介護を提供した場合</p> <p>※連続60日を超えた日から短期入所生活介護費を介護福祉施設サービス費と、ユニット型短期入所生活介護費をユニット型介護福祉施設サービス費と同単位数とする。</p> <p>※既に長期利用者減算の規定による長期利用者に対する減算後の単位数が、対応する介護福祉施設サービス費、ユニット型介護福祉施設サービス費を下回る場合は、それ以上の単位数の減は行わない。なお、同一事業所を長期間利用していることについては、居宅サービス計画において確認することとなる。</p> | <input type="checkbox"/> 該当 |

| 点検項目           | 点検事項  | 点検結果                        |        |
|----------------|---|-----------------------------|--------|
| 口腔連携強化加算       | 口腔の健康状態の評価を実施し、利用者の同意を得て、歯科医療機関及び介護支援専門員に対し、当該評価の結果を情報提供している。   | <input type="checkbox"/> 該当 |        |
|                | 利用者の口腔の健康状態に係る評価を行うに当たって、診療報酬の歯科診療報酬点数表区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料の算定の実績がある歯科医療機関の歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、当該従業者からの相談等に対応する体制を確保し、その旨を文書等で取り決めている。         | <input type="checkbox"/> 該当 |        |
|                | 他の介護サービスの事業所において、当該利用者について、栄養状態のスクリーニングを行い、口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)を算定している場合を除き、口腔・栄養スクリーニング加算を算定していない。  | <input type="checkbox"/> 該当 |        |
|                | 当該利用者について、口腔の健康状態の評価の結果、居宅療養管理指導が必要であると歯科医師が判断し、初回の居宅療養管理指導を行った日の属する月を除き、指定居宅療養管理指導事業所が歯科医師又は歯科衛生士が行う居宅療養管理指導費を算定していない。                           | <input type="checkbox"/> 該当 |        |
|                | 当該事業所以外の介護サービス事業所において、当該利用者について、口腔連携強化加算を算定していないこと。   | <input type="checkbox"/> 該当 |        |
| 療養食加算          | 利用者の症状等に応じて、主治の医師より利用者に対し疾患治療の直接手段として発行された食事箋に基づき、利用者の年齢、病状等に対応し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（流動食は除く）、貧血食、膵臓病食、脂質異常症食、痛風食及び特別な場合の検査食を提供している。 | <input type="checkbox"/> 該当 |        |
|                | 食事の提供が管理栄養士又は栄養士によって管理されている。  | <input type="checkbox"/> 該当 |        |
|                | 療養食の献立表が作成されている。  | <input type="checkbox"/> 該当 | 療養食献立表 |
|                | <減塩食療法を行う場合><br>心臓疾患等の減塩食は、総量6.0g未満の減塩食としている。   | <input type="checkbox"/> 該当 |        |
|                | <減塩食療法を行う場合><br>高血圧症に対して行うものではない。   | <input type="checkbox"/> 該当 |        |
|                | <胃潰瘍食を提供する場合><br>手術前後に与える高カロリー食ではない。  | <input type="checkbox"/> 該当 |        |
|                | <貧血食を提供する場合><br>血中ヘモグロビン濃度が10g/dl以下であり、その原因が鉄分の欠乏に由来する者に対して提供している。  | <input type="checkbox"/> 該当 |        |
| 療養食加算<br>(つづき) | <脂質異常症食を提供する場合><br>空腹時定常状態におけるLDL-コレステロール値が140mg/dl以上である者又はHDL-コレステロール値が40mg/dl未満若しくは血清中性脂肪値が150mg/dl以上である者に対して提供している。                            | <input type="checkbox"/> 該当 |        |

| 点検項目             | 点検事項   | 点検結果                        |       |
|------------------|--|-----------------------------|-------|
|                  | 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 |       |
| 在宅中重度者受入加算       | 居宅において訪問看護の提供を受けていた利用者が、指定短期入所生活介護を利用する場合であって、指定短期入所生活介護事業者が、当該利用者の利用していた訪問看護事業所から派遣された看護職員により当該利用者の健康上の管理等を行わせている。  | <input type="checkbox"/> 該当 |       |
|                  | 利用者の健康上の管理等に関する医師の指示は、指定短期入所生活介護事業所の配置医師が行っている。  | <input type="checkbox"/> 該当 |       |
|                  | 当該利用者に関する必要な情報を主治医、訪問看護事業所、サービス担当者会議、居宅介護支援事業所等を通じてあらかじめ入手し、適切なサービスを行うことができるよう努めている。   | <input type="checkbox"/> 該当 |       |
|                  | 同加算に係る業務について訪問看護事業所と委託契約を締結し、利用者の健康上の管理等の実施に必要な費用を訪問看護事業所に支払っている。  | <input type="checkbox"/> 該当 | 委託契約書 |
| 認知症専門ケア加算<br>(I) | 指定短期入所生活介護事業所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若しく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）（当加算において「対象者」という。）の占める割合が2分の1以上である。                                      | <input type="checkbox"/> 該当 |       |
|                  | 上記の割合は、算定日が属する月の前3月間の利用者実人員数又は利用延人員数（要支援者を含む）の平均により算定している。   | <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、認知症看護に係る適切な研修）を修了している者を、対象者の数が20人未満である場合にあっては1以上、当該対象者の数が20人以上である場合にあっては1に当該対象者の数が19を超えて10又はその端数を増すごとに1を加えて得た数以上配置し、チームとして専門的な認知症ケアを実施している。 | <input type="checkbox"/> 該当 |       |
|                  | 当該事業所の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開催している。   | <input type="checkbox"/> 該当 |       |

| 点検項目                | 点検事項   | 点検結果                     |    |
|---------------------|--|--------------------------|----|
| 認知症専門ケア加算<br>(Ⅱ)    | 指定短期入所生活介護事業所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若しく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）（当加算において「対象者」という。）の占める割合が2分の1以上である。                                      | <input type="checkbox"/> | 該当 |
|                     | 上記の割合は、算定日が属する月の前3月間の利用者実人員数又は利用延人員数（要支援者を含む）の平均により算定している。   | <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、認知症看護に係る適切な研修）を修了している者を、対象者の数が20人未満である場合にあっては1以上、当該対象者の数が20人以上である場合にあっては1に当該対象者の数が19を超えて10又はその端数を増すごとに1を加えて得た数以上配置し、チームとして専門的な認知症ケアを実施している。 | <input type="checkbox"/> | 該当 |
|                     | 当該事業所の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開催している。   | <input type="checkbox"/> | 該当 |
|                     | 認知症介護の指導に係る専門的な研修（認知症介護指導者研修、認知症看護に係る適切な研修）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している。  | <input type="checkbox"/> | 該当 |
|                     | 当該事業所における介護職員、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している。   | <input type="checkbox"/> | 該当 |
| サービス提供体制強化加算<br>(Ⅰ) | <b>次の（1）又は（2）に該当</b>   | <input type="checkbox"/> | 該当 |
|                     | （1）介護職員の総数のうち介護福祉士の割合が100分の80以上  | <input type="checkbox"/> | 該当 |
|                     | （2）介護職員総数のうち、勤続年数が10以上の介護福祉士の割合が100分の35以上数   | <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）及び（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) | 介護職員の総数のうち介護福祉士の割合が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）及び（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                        |
|-----------------|---|-----------------------------|
| 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年数7年以上の職員の割合が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)及び(Ⅱ)を算定していない  | <input type="checkbox"/> 該当 |
| 生産性向上推進体制加算(Ⅰ)  | (1) 利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会において、次に掲げる事項について必要な検討を行い、及び当該事項の実施を定期的に確認している。<br>ア 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介護機器を活用する場合における利用者の安全及びケアの質の確保<br>イ 職員の負担の軽減及び勤務状況への配慮<br>ウ 介護機器の定期的な点検<br>エ 業務の効率化及び質の向上並びに職員の負担軽減を図るための職員研修 | <input type="checkbox"/> 該当 |
|                 | (2) (1)の取組及び介護機器の活用による業務の効率化及びケアの質の確保並びに職員の負担軽減に関する実績がある。   | <input type="checkbox"/> 該当 |
|                 | (3) 介護機器を複数種類活用している。  | <input type="checkbox"/> 該当 |
|                 | (4) 上記(1)の委員会において、職員の業務分担の明確化等による業務の効率化及びケアの質の確保並びに負担軽減について必要な検討を行い、当該検討を踏まえ、必要な取組を実施し、及び当該取組の実施を定期的に確認する。  | <input type="checkbox"/> 該当 |
|                 | (5) 事業年度ごとに(1)、(3)及び(4)の取組に関する実績を厚生労働省に報告している。  | <input type="checkbox"/> 該当 |

| 点検項目               | 点検事項  | 点検結果                     |    |
|--------------------|---|--------------------------|----|
| 生産性向上推進体制加算<br>(Ⅱ) | (1) 利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会において、次に掲げる事項について必要な検討を行い、及び当該事項の実施を定期的に確認している。<br>ア 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介護機器を活用する場合における利用者の安全及びケアの質の確保<br>イ 職員の負担の軽減及び勤務状況への配慮<br>ウ 介護機器の定期的な点検<br>エ 業務の効率化及び質の向上並びに職員の負担軽減を図るための職員研修 | <input type="checkbox"/> | 該当 |
|                    | (2) 介護機器を活用している。  | <input type="checkbox"/> | 該当 |
|                    | (3) 事業年度ごとに(1)、(2)の取組に関する実績を厚生労働省に報告している。   | <input type="checkbox"/> | 該当 |
|                    |   |                          |    |
| 処遇改善に係る事項          | 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)  | <input type="checkbox"/> | 該当 |
|                    | 介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)  | <input type="checkbox"/> | 該当 |
|                    | 介護職員等処遇改善加算(Ⅲ)  | <input type="checkbox"/> | 該当 |
|                    | 介護職員等処遇改善加算(Ⅳ)  | <input type="checkbox"/> | 該当 |