

# 介護報酬 自己点検表 【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に開催するとともに、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    |  |
|                                  | 高齢者虐待防止のための指針の整備していない                                                                                              | <input type="checkbox"/> 該当    |  |
|                                  | 高齢者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    |  |
|                                  | 高齢者虐待防止措置を適正に実施する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、利用者に対する指定訪問介護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    |  |

| 点検項目                       | 点検事項                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 点検結果                         |  |
|----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|--|
| 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 |  |
|                            | 次に掲げる基準のいずれかに該当しているか。<br>(1) 夜勤を行う介護従業者の数が厚生労働大臣が定める夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準第3号本文に規定する数に1（次に掲げる基準のいずれにも適合する場合にあっては、0.9）を加えた数以上であること<br>a 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当該認知症対応型共同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こと。<br>b 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、必要な検討等が行われていること。<br>(2) 夜間及び深夜の時間帯を通じて置くべき数の介護従業者に加えて、宿直勤務に当たる者を1名以上配置している。 | <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                         |  |
|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|--|
| 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 |  |
|                  | 次に掲げる基準のいずれかに該当しているか。<br>(1) 夜勤を行う介護従業者の数が厚生労働大臣が定める夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準第3号本文に規定する数に1（次に掲げる基準のいずれにも適合する場合にあっては、0.9）を加えた数以上であること<br>a 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当該認知症対応型共同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こと。<br>b 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、必要な検討等が行われていること。<br>(2) 夜間及び深夜の時間帯を通じて置くべき数の介護従業者に加えて、宿直勤務に当たる者を1名以上配置している。 | <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  |  |
| 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  |  |

| 点検項目          | 点検事項                                                                                                                                      | 点検結果                     |    |           |
|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----|-----------|
|               | 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<br>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"/> | 該当 |           |
|               |                                                                                                                                           | <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 |           |
| 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 |           |

| 点検項目 | 点検事項                                                                                                                                                                          | 点検結果                        |  |
|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|--|
|      | 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 |  |
|      | 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 |  |

| 点検項目              | 点検事項                                                          | 点検結果                        |  |
|-------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------|--|
| 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 |  |
| 協力医療機関連携加算<br>（Ⅰ） | 利用者の病状が急変した場合等において、医師又は看護職員が相談を行う体制の常時確保していること                | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
|                   | 事業所からの診療の求めがあった場合において、診療を行う体制の常時確保していること                      | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
|                   | 協力医療機関との間で、利用者の同意を得て、当該利用者の病歴等の情報を共有する会議を概ね月に1回以上開催           | <input type="checkbox"/> 実施 |  |
|                   | 医療連携体制加算を算定していること                                             | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
| 協力医療機関連携加算<br>（Ⅱ） | 協力医療機関との間で、利用者の同意を得て、当該利用者の病歴等の情報を共有する会議を概ね月に1回以上開催           | <input type="checkbox"/> 実施 |  |
|                   | 医療連携体制加算を算定していること                                             | <input type="checkbox"/> 該当 |  |

| 点検項目             | 点検事項                                                                 | 点検結果                     |    |                                                                                               |
|------------------|----------------------------------------------------------------------|--------------------------|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 医療連携体制加算（Ⅰ）<br>イ | 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こと                                     | <input type="checkbox"/> | 該当 |                                                                                               |
|                  | 事業所の職員である看護師又は病院、診療所若しくは指定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 | <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（Ⅰ）<br>ロ | 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師又は病院、診療所若しくは指定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 | <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（Ⅰ）<br>ハ | 事業所の職員として又は病院、診療所若しくは指定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 |                                                                                               |
|                  | 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） |

| 点検項目        | 点検事項                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 点検結果                        |  |
|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|--|
| 医療連携体制加算（Ⅱ） | 医療連携体制加算（Ⅰ）イ、ロ又はハのいずれかを算定していること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
|             | 算定日が属する月の前3月間において、次のいずれかに該当する者が1名以上であること<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<br>（十）留置カテーテルを使用している状態<br>（十一）インスリン注射を実施している状態 | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
| 退居時情報提供加算   | 利用者が退居し、医療機関に入院する場合において、当該医療機関に対して、当該利用者の同意を得て、当該利用者の心身の状況、生活歴等の情報を提供した上で、当該利用者の紹介を行っていること。                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
|             | 同一月に再度、当該医療機関に入院をしていない。                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> 該当 |  |

| 点検項目            | 点検事項                                                                                                                                                                             | 点検結果                        |  |
|-----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|--|
| 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 |  |
| 認知症チームケア推進加算（Ⅰ） | 事業所又は施設における利用者又は入所者の総数のうち、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（以下、「対象者」という。）の占める割合が2分の1以上であること。                                                                                          | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
|                 | 認知症の行動・心理症状の予防及び出現時の早期対応（以下「予防等」という。）に資する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又は認知症介護に係る専門的な研修及び認知症の行動・心理症状の予防等に資するケアプログラムを含んだ研修を修了している者を1名以上配置し、かつ、複数人の介護職員から成る認知症の行動・心理症状に対応するチームを組んでいること。 | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
|                 | 対象者に対し、個別に認知症の行動・心理症状の評価を計画的に行い、その評価に基づく値を測定し、認知症の行動・心理症状の予防等に資するチームケアを実施していること                                                                                                  | <input type="checkbox"/> 実施 |  |
|                 | 認知症の行動・心理症状の予防等に資する認知症ケアについて、カンファレンスの開催、計画の作成、認知症の行動・心理症状の有無及び程度についての定期的な評価、ケアの振り返り、計画の見直し等を行っていること                                                                              | <input type="checkbox"/> 実施 |  |
|                 | 認知症専門ケア加算を算定していないこと。                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> 実施 |  |

| 点検項目            | 点検事項                                                                                                                   | 点検結果                        |  |
|-----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|--|
| 認知症チームケア推進加算(Ⅱ) | 事業所又は施設における利用者又は入所者の総数のうち、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（以下、「対象者」という。）の占める割合が2分の1以上であること。                                | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
|                 | 対象者に対し、個別に認知症の行動・心理症状の評価を計画的に行い、その評価に基づく値を測定し、認知症の行動・心理症状の予防等に資するチームケアを実施していること                                        | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
|                 | 認知症の行動・心理症状の予防等に資する認知症ケアについて、カンファレンスの開催、計画の作成、認知症の行動・心理症状の有無及び程度についての定期的な評価、ケアの振り返り、計画の見直し等を行っていること                    | <input type="checkbox"/> 実施 |  |
|                 | 認知症の行動・心理症状の予防等に資する認知症介護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、かつ、複数人の介護職員から成る認知症の行動・心理症状に対応するチームを組んでいること                           | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
|                 | 認知症専門ケア加算を算定していないこと。                                                                                                   | <input type="checkbox"/> 実施 |  |
| 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 |  |
|                 | 認知症チームケア推進加算を算定していないこと。                                                                                                | <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(Ⅱ)  | 利用者の総数のうち日常生活自立度Ⅲ、Ⅳ又はⅣ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 |  |
|               | 認知症チームケア推進加算を算定していないこと。                                                                                                                                | <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 |  |

| 点検項目              | 点検事項                                                                                      | 点検結果                                       |              |
|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|--------------|
|                   | 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                |              |
|                   | 定員超過、人員基準欠如に該当していないこと。                                                                    | <input type="checkbox"/> 該当                |              |
| 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                |              |
| 高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅰ) | 第二種協定指定医療機関との間で、新興感染症の発生時等の対応を行う体制を確保していること                                               | <input type="checkbox"/> 該当                |              |
|                   | 協力医療機関その他の医療機関との間で感染症（新興感染症を除く。以下も同じ。）の発生時等の対応を取り決めるとともに、感染症の発生時等に、協力医療機関等と連携し適切に対応していること | <input type="checkbox"/> 該当                |              |
|                   | 感染対策向上加算又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関等が行う院内感染対策に関する研修又は訓練に1年に1回以上参加していること                     | <input type="checkbox"/> 実施                |              |

| 点検項目              | 点検事項                                                                                                                                              | 点検結果                        |                             |
|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅱ) | 感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関から、3年に1回以上事業所内で感染者が発生した場合の対応に係る実地指導を受けていること                                                                                  | <input type="checkbox"/> 該当 |                             |
| 新興感染症等施設療養費       | 利用者等が別に厚生労働大臣が定める感染症※に感染した場合に相談対応、診療、入院調整等を行う医療機関を確保し、かつ、当該感染症に感染した入所者に対し、適切な感染対策を行った上で、該当する介護サービスを行った場合に1月に1回、連続する5日を限度として算定する                   | <input type="checkbox"/> 該当 | ※令和6年4月時点において指定されている感染症はない。 |
| 生産性向上推進体制加算(Ⅰ)    | 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。<br>(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こと。                        | <input type="checkbox"/> 該当 |                             |
|                   | ①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>②職員の負担の軽減及び勤務状況への配慮<br>③介護機器の定期的な点検<br>④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こと                                                                                        | <input type="checkbox"/> 該当 |                             |
|                   | (3) 介護機器を複数種類活用していること。                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> 該当 |                             |
|                   | (4) (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こと。                                        | <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すること。                                                                                                    | <input type="checkbox"/> 実施 |                             |

| 点検項目            | 点検事項                                                                                                                       | 点検結果                            |  |
|-----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|--|
| 生産性向上推進体制加算(Ⅱ)  | 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。<br>(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こと。 | <input type="checkbox"/> 該当     |  |
|                 | (2) 介護機器を活用していること。                                                                                                         | <input type="checkbox"/> 該当     |  |
|                 | (3) 事業年度ごとに(2)及び(Ⅰ)の(1)の取組に関する実績を厚生労働省に報告すること。                                                                             | <input type="checkbox"/> 実施     |  |
| 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                                                                                 | <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) | 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                                                                                           | <input type="checkbox"/> いずれか該当 |  |
|                 | 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     |  |
|                 | 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                                                                                      | <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(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                        |  |
|------------------------|-------------------|-----------------------------|--|
| 処遇改善に係る事項<br>(旧加算 R 5) | 介護職員処遇改善加算 (Ⅰ)    | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
|                        | 介護職員処遇改善加算 (Ⅱ)    | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
|                        | 介護職員処遇改善加算 (Ⅲ)    | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
|                        | 介護職員等特定処遇改善加算 (Ⅰ) | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
|                        | 介護職員等特定処遇改善加算 (Ⅱ) | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
|                        | 介護職員等ベースアップ等支援加算  | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
| 処遇改善に係る事項<br>(新加算 R 6) | 新加算 (Ⅰ)           | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
|                        | 新加算 (Ⅱ)           | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
|                        | 新加算 (Ⅲ)           | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
|                        | 新加算 (Ⅳ)           | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
|                        | 新加算 (Ⅴ)           | <input type="checkbox"/> 該当 |  |