

自己点検シート

(介護報酬編)

介護老人福祉施設

3 指定施設サービス等介護給付費加算等

事業所番号: 33 _____

施設名: _____

年月日: 令和 年 月 日 _____

担当者: _____

根拠・備考欄の略名

施設告示・・・指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準

通所介護費等の算定方法・・・厚生労働大臣が定める利用者等の数の基準及び看護職員等の員数の基準並びに通所介護費等の算定方法

施設省令・・・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

入所留意事項・・・指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準(短期入所サービス及び特定施設入居者生活介護に係る部分)及び指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について

適合する利用者等・・・厚生労働大臣が定める基準に適合する利用者等

大臣基準・・・厚生労働大臣が定める基準

施設基準・・・厚生労働大臣が定める施設基準

夜勤基準・・・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

Vol.936・・・リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について
(老認発0316第3号老老発0316第2号令和3年3月16日)(介護保険最新情報Vol.936)

LIFE関連通知・・・科学的介護情報システム(LIFE)関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順例及び様式例の提示について

(老老発0316第4号令和3年3月16日)(介護保険最新情報Vol.938)

【青】介護報酬の解釈1単位数表編 令和3年4月版

【赤】介護報酬の解釈2指定基準編 令和3年4月版

【緑】介護報酬の解釈3QA・法令編 令和3年4月版

301 介護福祉施設サービス

| 届出状況 | 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | 根拠・備考 |
|------|--|---|-------------|---|
| □ | 定員超過利用減算 【青882,904】 【緑734,764】 | 月平均の入所者数が運営規程に定める入所定員を超える | □ 超えない | ・施設報酬告示1イロ注1・注2 ・通所介護費等の算定方法12号イ ・施設省令第25条、第48条 ・入所留意事項第2-1(3)、-5(3) |
| | | 入所定員40人以下で、市町村による措置又は入院中の入所者の再入所が早まった特例入所者の数が定員の105%を超える | □ 超えない | |
| | | 入所定員40人超で、市町村による措置又は入院中の入所者の再入所が早まった特例入所者の数が定員+2人を超える | □ 超えない | |
| | | 入所見込者の家族の急遽入院等、事情を勘案して施設に入所することが適当と認められる特例入所者の数が定員の105%を超える | □ 超えない | |
| □ | 人員基準欠如減算(介護職員又は看護職員) 【青882,904】 【緑734,764】 | 介護・看護職員を常勤換算方法で、入所者の数が3又はその端数が増すごとに1人以上配置していない | □ 配置 | ・施設報酬告示1イロ注1・注2 ・施設基準47 ・通所介護費等の算定方法12ロハ ・施設省令第2条第1項3号イ ・入所留意事項第2-1(5)、-5(1)・(2)・(4) |
| □ | 人員基準欠如減算(看護職員) ※従来型のみ 【青882,904】 【緑734,764】 | 入所者数30人以下で看護職員1人未満 | □ 1人以上 | ・施設報酬告示1イロ注1・注2 ・施設基準47 ・通所介護費等の算定方法12ロハ ・施設省令第2条第1項3号ロ ・入所留意事項第2-1(5)、-5(1) |
| | | 入所者数30人超50人以下で看護職員2人未満 | □ 2人以上 | |
| | | 入所者数50人超130人以下で看護職員3人未満 | □ 3人以上 | |
| | | 入所者数130人超で、看護職員3人+入所者数が50又はその端数を増す毎に1を加えた数未満 | □ 基準以上 | |
| □ | 人員基準欠如減算(常勤看護職員)※従来型のみ 【青882,904】 【緑734,764】 | 看護職員のうち1人以上は常勤の者を配置していない | □ 配置 | ・施設報酬告示1イロ注1・注2 ・通所介護費等の算定方法12ロハ ・施設省令第2条第6項 |
| □ | 人員基準欠如減算(介護支援専門員) 【青882,904】 【緑734,764】 | 専らその職務に従事する常勤の介護支援専門員を1人以上配置していない(入所者数が100人又はその端数が増す毎に1を加えた数を標準とし、増員分については非常勤でも可) | □ 配置 | ・施設報酬告示1イロ注1・注2 ・通所介護費等の算定方法12号ロハ ・施設省令第2条第1項6号、9項 (括弧書きは人員基準欠如減算の対象外) |
| □ | 夜勤減算 【青746,747】 | 入所・利用者数25人以下で、看護・介護1人未満 | □ 看護・介護1人以上 | ・施設報酬告示1イロ注1・注2 ・29号告示5イロ(1準用)、 ・入所留意事項第2-1(6)、-2(4)・(5)、-5(2)・(5) ※入所・利用者数:前年度の平均(小数点以下切上げ)を用い短期併設の場合は本体入所者数に短期利用者数を合算 ※夜勤時間帯(PM20時～AM5時を含む連続した16時間)に歴月で基準未満の日が2日以上連続した場合又は4日以上発生した場合に減算 |
| | | 入所・利用者数26人以上60人以下で、看護・介護2人未満 | □ // 2人以上 | |
| | | 入所・利用者数61人以上80人以下で、看護・介護3人未満 | □ // 3人以上 | |
| | | 入所・利用者数81人以上100人以下で、看護・介護4人未満 | □ // 4人以上 | |
| | | 入所・利用者数101人以上で、看護・介護4+25又はその端数を増す毎に1を加えた数未満 | □ 基準以上 | |
| | | ユニット型 2ユニットごとに1人以上配置していない | □ 配置 | |
| □ | ユニットケア減算 【青904】 【緑734】 | 日中常時1名以上の介護又は看護職員の配置していない | □ 配置 | ・施設報酬告示1イロ注3 ・施設基準49(11準用) ・入所留意事項第2-5(4) |
| | | ユニットごとに常勤のユニットリーダーの配置していない | □ 配置 | |

| 届出状況 | 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | | 根拠・備考 |
|---|-------------------------------------|---|------|-------|---|
| □ | 身体拘束廃止未実施減算 【青904】 【赤893,928】 | 身体拘束等を行う場合の記録を行っていない | □ | 行っている | ・施設報酬告示1イ口注4 ・大臣基準86 ・施設省令第11条第5項、第6項、第42条第7項、第8項 ・入所留意事項第2-5(5) |
| | | 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、介護職員その他の従業者に周知徹底を図っていない。 イ 身体的拘束等について報告するための様式を整備する。 ロ 介護職員その他の従業者は、身体的拘束等の発生ごとにその状況、背景等を記録するとともに、イの様式に従い、身体的拘束等について報告する。 ハ 身体的拘束適正化検討委員会において、ロにより報告された事例を集計し、分析する。 ニ 事例の分析に当たっては、身体的拘束等の発生時の状況等を分析し、身体的拘束等の発生原因、結果等を取りまとめ、当該事例の適正性と適正化策を検討する。 ホ 報告された事例及び分析結果を従業者に周知徹底する。 ヘ 適正化策を講じた後に、その効果について評価する。 | □ | 実施 | |
| | | 身体的拘束等の適正化のための指針を整備していない。 イ 施設における身体的拘束等の適正化に関する基本的考え方 ロ 身体的拘束適正化検討委員会その他事業所内の組織に関する事項 ハ 身体的拘束等の適正化のための職員研修に関する基本方針 ニ 施設内で発生した身体的拘束等の報告方法等の方策に関する基本方針 ホ 身体的拘束等発生時の対応に関する基本方針 ヘ 入居者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針 ト その他身体的拘束等の適正化の推進のために必要な基本方針 | □ | 整備 | |
| 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 ・身体的拘束等の適正化の基礎的内容等の適切な知識を普及・啓発するとともに、当該施設における指針に基づき、適正化の徹底を行う。 ・職員教育を組織的に徹底させていくためには、当該施設が指針に基づいた研修プログラムを作成し、定期的な教育(年2回以上)を開催するとともに、新規採用時には必ず身体的拘束等の適正化の研修を実施する。 ・研修の実施内容についても記録する。 (研修の実施は、職員研修施設内での研修で差し支えない。) | □ | 実施 | | | |

| 届出状況 | 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | | 根拠・備考 | |
|------|---|--|------|------|---|--|
| □ | 安全管理体制未実施減算 【青906】【赤915】 ※令和3年9月30日までの間は、努力義務のため減算なし。 | 事故が発生した場合の対応、次号に規定する報告の方法等が記載された事故発生の防止のための指針を整備していない イ 施設における介護事故の防止に関する基本的考え方 ロ 介護事故の防止のための委員会その他施設内の組織に関する事項 ハ 介護事故の防止のための職員研修に関する基本方針 ニ 施設内で発生した介護事故、ヒヤリ・ハット事例及び現状を放置しておく介護事故に結びつく可能性が高いもの(以下、介護事故等)の報告方法等の介護に係る安全の確保を目的とした改善のための方策に関する基本方針 ホ 介護事故等発生時の対応に関する基本方針 ヘ 入所者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針 ト その他介護事故等の発生の防止の推進のために必要な基本方針 | | □ 整備 | ・施設報酬告示14口注5 ・大臣基準86の2 ・入所留意事項第2-5(6) ・施設省令第35条第1項 | |
| | | 事故が発生した場合又はそれに至る危険性がある事態が生じた場合に、当該事実が報告され、その分析を通じた改善策を従業者に周知徹底する体制を整備していない イ 介護事故等について報告するための様式を整備する。 ロ 介護職員その他の職員は、介護事故等の発生又は発見ごとにその状況、背景等を記録するとともに、イの様式に従い、介護事故等について報告する。 ハ 事故発生の防止のための委員会において、ロにより報告された事例を集計し、分析する。 ニ 事例の分析に当たっては、介護事故等の発生時の状況等を分析し、介護事故等の発生原因、結果等をとりまとめ、防止策を検討する。 ホ 報告された事例及び分析結果を職員に周知徹底する。 ヘ 防止策を講じた後に、その効果について評価する。 | | □ 整備 | | |
| | | 事故発生の防止のための委員会(テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。)及び従業者に対する研修を定期的に行っていない ・事故発生防止の基礎的内容等の適切な知識を普及・啓発するとともに、指針に基づき、適正化の徹底を行う。 ・職員教育を組織的に徹底させていくためには、指針に基づいた研修プログラムを作成し、定期的な教育(年2回以上)を開催するとともに、新規採用時には必ず事故発生の防止の研修を実施する。 ・研修の実施内容についても記録する。 (研修の実施は、職員研修施設内での研修で差し支えない。) | | □ 実施 | | |
| | | 上記の措置を適切に実施するための担当者の配置 | | □ 配置 | | |

| 届出状況 | 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | | 根拠・備考 |
|--|---|---|--------------------------|---------|---|
| □ | 栄養管理未実施減算 【青906】【赤880,901】 【緑1007】 ※令和6年3月31日までの間は、努力義務のため、減算なし。 | 施設に栄養士又は管理栄養士を配置していない 栄養士又は管理栄養士の配置基準のない入所定員40名以下の施設において、他の社会福祉施設等の栄養士又は管理栄養士との連携を行っていない | <input type="checkbox"/> | 配置・連携 | ・施設報酬告示14口注6 ・大臣基準86の3 ・入所留意事項通知第2-5(7) ・施設省令第17条の2 |
| | | 管理栄養士を配置していない施設において、併設施設や外部の管理栄養士と協力していない | <input type="checkbox"/> | 協力 | |
| | | 入所者の栄養状態の維持及び改善を図り、自立した日常生活を営むことができるよう、各入所者の状態に応じた栄養管理を計画的に行っていない | <input type="checkbox"/> | 実施 | |
| | | 入所者の栄養状態を施設入所時に把握していない(栄養スクリーニング) | <input type="checkbox"/> | 実施 | |
| | | 医師、管理栄養士、歯科医師、看護師、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、入所者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮した栄養ケア計画を作成していない | <input type="checkbox"/> | 作成 | |
| | | 入所者又は家族等に計画を説明し、同意を得ていない | <input type="checkbox"/> | 得ている | |
| | | 入所者ごとの栄養ケア計画に従い、管理栄養士が栄養管理を行うとともに、入所者の栄養状態を定期的に記録していない | <input type="checkbox"/> | 実施 | |
| | | (高リスク者等)計画の進捗状況を定期的に評価、見直しを、おおむね2週間毎にしていない | <input type="checkbox"/> | 実施 | |
| | | (低リスク者)計画の進捗状況を定期的に評価、見直しを、おおむね3か月毎にしていない | <input type="checkbox"/> | 実施 | |
| | | 栄養状態の把握(体重測定等)を毎月していない | <input type="checkbox"/> | 実施 | |
| | | 栄養スクリーニングを3か月毎にしていない | <input type="checkbox"/> | 実施 | |
| 入所者ごとの栄養ケア計画の進捗状況を定期的に評価し、必要に応じて当該計画を見直していない | <input type="checkbox"/> | 実施 | | | |
| □ | 日常生活継続支援加算 (I)(II) 【青907】 | 以下のいずれかに該当する ①新規入所者のうち、要介護4・5の者が7割以上 ②認知症日常生活自立度Ⅲ以上の者が6割5分以上 ③入所者のうち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1割5分以上 | <input type="checkbox"/> | 該当 | ・施設報酬告示14口注7 ・施設基準50(41準用) ・通所介護費等の算定方法12号 ・入所留意事項第2-5(8) ※要介護度4・5又は認知症入所者割合:算定月の前6月又は前12月の新規入所者の総数に占める割合(毎月割合算定要) ※士士法施行規則第1条各号に掲げる行為を必要とする者の占める割合:届出月の前4月から前々月までの3月間前3月の各末日時点の割合平均(毎月割合算定要) ※介護福祉士数算定時の入所者数:前年度平均 ※介護福祉士数:届出月の前4月から前々月までの3月平均(毎月算定要) ※介護福祉士資格:前月末日時点で取得 |
| | | 介護福祉士の数 常勤換算で6:1以上 | <input type="checkbox"/> | 配置 | |
| | | 要件を満たすことを毎月確認し、記録している | <input type="checkbox"/> | 記録している | |
| | | 定員、人員基準に適合 | <input type="checkbox"/> | 適合 | |
| | | サービス提供体制強化加算を算定していない | <input type="checkbox"/> | 算定していない | |

| 届出状況 | 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | 根拠・備考 |
|--|-----------------------------|--|------------------------------|-------|
| □ | テクノロジーの導入 (日常生活継続支援加算関係) | 日常生活継続支援加算について、介護福祉士の数以外の算定要件を満たしている | <input type="checkbox"/> 満たす | |
| | | 介護福祉士の数 常勤換算で7:1以上 | <input type="checkbox"/> 配置 | |
| | | 介護機器を複数種類使用していること(①～③は必須) ①見守り機器をすべての居室に設置 ②インカム等の職員間の連絡調整の迅速化に資するICT機器をすべての介護職員が使用 ③介護記録ソフトウェアやスマートフォン等の介護記録の作成の効率化に資するICT機器 ④移乗支援機器 ⑤その他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 | <input type="checkbox"/> 満たす | |
| | | 介護機器の使用にあたり、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、アセスメント及び入居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 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | | 介護機器の使用により業務効率化が図られた際、その効率化された時間は、ケアの質の向上及び職員の負担の軽減に資する取組に充てること。ケアの質の向上への取組については、幅広い職種の者が共同して、見守り機器やバイタルサイン等の情報を通じて得られる入居者の記録情報等を参考にしながら、適切なアセスメントや入居者の身体の状態等の評価等を行い、必要に応じ、業務体制を見直すこと。 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | | 介護機器を安全かつ有効に活用するための委員会(介護機器活用委員会)を設置し、3月に1回以上実施(テレビ電話装置等を活用して行うことができる) | <input type="checkbox"/> 実施 | |
| | | 「入居者の安全及びケアの質の確保」に関する事項として、以下のことを実施すること ① 介護機器から得られる睡眠状態やバイタルサイン等の情報を入居者の状態把握に活用すると。 ② 介護機器の使用に起因する施設内で発生したヒヤリ・ハット事例等の状況を把握し、その原因を分析して再発の防止策を検討すること。 | <input type="checkbox"/> 実施 | |
| | | 「職員の負担の軽減及び勤務状況への配慮」に関する事項として、実際にケアを行う介護福祉士を含めた介護職員に対してアンケートやヒアリング等において、介護機器の導入後における以下の事項等を確認し、人員配置の検討等が行われていること。 ① ストレスや体調不安等、職員の心身の負担が増えているかどうか ② 1日の勤務の中で、職員の負担が過度に増えている時間帯がないかどうか ③ 休憩時間及び時間外勤務等の状況 | <input type="checkbox"/> 満たす | |
| | | 日々の業務の中で予め時間を定めて介護機器の不具合がないことを確認する等のチェックを行う仕組みを設けること。 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | | 介護機器のメーカーと連携し、定期的に点検を行うこと。 | <input type="checkbox"/> 実施 | |
| 介護機器の使用法の講習やヒヤリ・ハット事例等の周知、その事例を通じた再発防止策の実習等を含む職員研修を定期的に行うこと。 | <input type="checkbox"/> 実施 | | | |

| 届出状況 | 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | 根拠・備考 |
|------|--------------------------------------|---|---------------------------------|---|
| □ | 看護体制加算(Ⅰ)イ 【青910】 【赤881】 | 定員31人以上50人以下 | <input type="checkbox"/> 該当 | ・施設報酬告示1イ口注8 ・施設基準51 ・通所介護費等の算定方法12号 ・入所留意事項第2-5(9)、-2(10) ※短期併設の場合は短期とは別に常勤看護師を1名以上配置 ※空床利用の場合は本体施設と一体的に算定可 |
| | | 常勤看護師1名以上 | <input type="checkbox"/> 配置 | |
| | | 定員、人員基準に適合 | <input type="checkbox"/> 適合 | |
| □ | 看護体制加算(Ⅰ)ロ 【青910】 【赤881】 | 定員30人又は51人以上 | <input type="checkbox"/> 該当 | ※看護体制加算(Ⅰ)と(Ⅱ)は同時算定可で(Ⅰ)の常勤看護師を(Ⅱ)の看護職員常勤換算数に算入可 |
| | | 常勤看護師1名以上 | <input type="checkbox"/> 配置 | |
| | | 定員、人員基準に適合 | <input type="checkbox"/> 適合 | |
| □ | 看護体制加算(Ⅱ)イ 【青910】 【赤881】 | 定員31人以上50人以下 | <input type="checkbox"/> 該当 | ・施設報酬告示1イ口注8 ・施設基準51 ・通所介護費等の算定方法12号 ・入所留意事項第2-5(9)、-2(8) ※短期併設の場合は短期とは別に常勤換算で25:1+配置基準数に1名以上配置。兼務職員は勤務実態等に基づき常勤換算数を特養と短期に按分 ※空床利用の場合は本体施設と一体的に算定可 |
| | | 看護職員の数 常勤換算で入所者の数が25:1以上で、加えて配置基準数に1を加えた数以上配置 | <input type="checkbox"/> 配置 | |
| | | 看護職員との連携による24時間の連絡体制 | <input type="checkbox"/> あり | |
| | | 定員、人員基準に適合 | <input type="checkbox"/> 適合 | |
| □ | 看護体制加算(Ⅱ)ロ 【青910】 【赤881】 | 定員30人又は51人以上 | <input type="checkbox"/> 該当 | ※看護体制加算(Ⅰ)と(Ⅱ)は同時算定可で(Ⅰ)の常勤看護師を(Ⅱ)の看護職員常勤換算数に算入可 ※機能訓練指導員を兼務する看護職員は看護業務に係る勤務時間数を常勤換算数に算入可 |
| | | 看護職員の数 常勤換算で入所者の数が25:1以上で、加えて配置基準数に1を加えた数以上配置 | <input type="checkbox"/> 配置 | |
| | | 看護職員との連携による24時間の連絡体制 | <input type="checkbox"/> あり | |
| | | 定員、人員基準に適合 | <input type="checkbox"/> 適合 | |
| □ | 夜勤職員配置加算(Ⅰ)イ 【青912】 【緑781-795】 | 介護福祉施設サービス又は旧措置入所者介護福祉施設サービス | <input type="checkbox"/> 算定 | ・施設報酬告示1イ口注9 ・夜勤基準5 ・入所留意事項第2-5(10) ※1日平均夜勤職員数: 歴月ごとに夜勤時間帯(PM20時～AM5時を含む連続した16時間)での延夜勤時間数を当該月の日数×16で除して算定(小数点3位以下切捨) ※短期併設の場合は本体入所者数と短期利用者を合算した人数を入所者数とし、必要となる夜勤職員数に1名以上加えて配置 |
| | | 定員31人以上50人以下 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | | (テクノロジーの導入なしの場合) 夜勤職員数に1以上加えた職員の配置 | <input type="checkbox"/> 配置 | |
| | | 要件を満たすことを毎月確認し、記録している | <input type="checkbox"/> 記録している | |
| □ | 夜勤職員配置加算(Ⅰ)ロ 【青912】 【緑781-795】 | 介護福祉施設サービス又は旧措置入所者介護福祉施設サービス | <input type="checkbox"/> 算定 | ※旧・一部ユニット型施設: ユニット部分とその他の部分のそれぞれについて1日平均夜勤職員数を算出し、それらの合計が施設全体として1以上上回っている場合に算定可 ※ユニット型にあつては増配した夜勤職員を必ずしも特定ユニットに配置する必要はない |
| | | 定員30人又は51人以上 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | | (テクノロジーの導入なしの場合) 夜勤職員数に1以上加えた職員の配置 | <input type="checkbox"/> 配置 | |
| | | 要件を満たすことを毎月確認し、記録している | <input type="checkbox"/> 記録している | |

| 届出状況 | 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | 根拠・備考 |
|------|--------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|-------|
| □ | 夜勤職員配置加算(Ⅱ)イ 【青912】 【緑781-795】 | ユニット型サービス | <input type="checkbox"/> 算定 | |
| | | 定員31人以上50人以下 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | | (テクノロジーの導入なしの場合) 夜勤職員数に1以上加えた職員の配置 | <input type="checkbox"/> 配置 | |
| | | 要件を満たすことを毎月確認し、記録している | <input type="checkbox"/> 記録している | |
| □ | 夜勤職員配置加算(Ⅱ)ロ 【青912】 【緑781-795】 | ユニット型サービス | <input type="checkbox"/> 算定 | |
| | | 定員30人又は51人以上 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | | (テクノロジーの導入なしの場合) 夜勤職員数に1以上加えた職員の配置 | <input type="checkbox"/> 配置 | |
| | | 要件を満たすことを毎月確認し、記録している | <input type="checkbox"/> 記録している | |
| □ | 夜勤職員配置加算(Ⅲ)イ 【青912】 【緑781-795】 | 介護福祉施設サービス又は旧措置入所者介護福祉施設サービス | <input type="checkbox"/> 算定 | |
| | | 定員31人以上50人以下 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | | (テクノロジーの導入なしの場合) 夜勤職員数に1以上加えた職員の配置 | <input type="checkbox"/> 配置 | |
| | | 夜勤時間帯を通して、看護職員又は該当する職員を1人以上配置している | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | | 要件を満たすことを毎月確認し、記録している | <input type="checkbox"/> 記録している | |
| | | 喀痰吸引等業務の登録又は特定行為業務の登録のうち該当する登録を受けている | <input type="checkbox"/> 登録 | |
| □ | 夜勤職員配置加算(Ⅲ)ロ 【青912】 【緑781-795】 | 介護福祉施設サービス又は旧措置入所者介護福祉施設サービス | <input type="checkbox"/> 算定 | |
| | | 定員30人又は51人以上 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | | (テクノロジーの導入なしの場合) 夜勤職員数に1以上加えた職員の配置 | <input type="checkbox"/> 配置 | |
| | | 要件を満たすことを毎月確認し、記録している | <input type="checkbox"/> 記録している | |
| | | 夜勤時間帯を通して、看護職員又は該当する職員を1人以上配置している | <input type="checkbox"/> 配置 | |
| | | 喀痰吸引等業務の登録又は特定行為業務の登録のうち該当する登録を受けている | <input type="checkbox"/> 登録 | |

| 届出状況 | 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | 根拠・備考 |
|------|---|---|----------------------------------|-------|
| □ | 夜勤職員配置加算(Ⅳ)イ 【青912】 【緑781-795】 | ユニット型サービス | <input type="checkbox"/> 算定 | |
| | | 定員31人以上50人以下 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | | (テクノロジーの導入なしの場合) 夜勤職員数に1以上加えた職員の配置 | <input type="checkbox"/> 配置 | |
| | | 夜勤時間帯を通して、看護職員又は該当する職員を1人以上配置している | <input type="checkbox"/> 配置 | |
| | | 要件を満たすことを毎月確認し、記録している | <input type="checkbox"/> 記録している | |
| | | 喀痰吸引等業務の登録又は特定行為業務の登録のうち該当する登録を受けている | <input type="checkbox"/> 登録 | |
| □ | 夜勤職員配置加算(Ⅳ)ロ 【青912】 【緑781-795】 | ユニット型サービス | <input type="checkbox"/> 算定 | |
| | | 定員30人又は51人以上 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | | (テクノロジーの導入なしの場合) 夜勤職員数に1以上加えた職員の配置 | <input type="checkbox"/> 配置 | |
| | | 夜勤時間帯を通して、看護職員又は該当する職員を1人以上配置している | <input type="checkbox"/> 配置 | |
| | | 要件を満たすことを毎月確認し、記録している | <input type="checkbox"/> 記録している | |
| | | 喀痰吸引等業務の登録又は特定行為業務の登録のうち該当する登録を受けている | <input type="checkbox"/> 登録 | |
| □ | テクノロジーの導入による 夜勤職員配置加算の要件 緩和(0.9人配置) 【青912】 【緑781-795,796】 | 夜勤職員数に10分の9を加えた数以上配置 | <input type="checkbox"/> 配置 | |
| | | 利用者の動向を検知できる見守り機器を、当該施設の利所者の数の100分の10以上の数設置 | <input type="checkbox"/> 設置 | |
| | | 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、必要な検討等が行われている | <input type="checkbox"/> 3月に1回以上 | |

| 届出状況 | 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | | 根拠・備考 |
|---|---|--|--------------------------|----|---|
| □ | テクノロジーの導入による夜勤職員配置加算の要件緩和(0.6人配置) 【青912】 【緑781-795,796】 | 夜勤職員数に10分の6を加えた数以上配置 夜勤職員の人員基準緩和に該当する従来型の施設は、夜勤職員数に10分の8を加えた数以上配置 | <input type="checkbox"/> | 配置 | |
| | | 利用者が使用するすべての居室に見守り機器を設置すること。 | <input type="checkbox"/> | 設置 | |
| | | インカム(マイクロホンが取り付けられたイヤホン)等の職員間の連絡調整の迅速化に資する機器及び見守り機器の情報を常時受信可能なスマートフォンやタブレット端末等の機器を、全ての夜勤職員が使用し、利用者の状況を常時把握すること。 | <input type="checkbox"/> | 該当 | |
| | | 「見守り機器等活用委員会」は3月に1回以上行い、介護職員、看護職員その他の職種の者と共同して必要ね検討等を行い、必要事項の実施を定期的に確認すること。(テレビ電話装置等を活用して行うことができる) | <input type="checkbox"/> | 実施 | |
| | | 「利用者の安全及びケアの質の確保に関する事項」として、以下の事項等の実施により利用者の安全及びケアの質の確保を行うこととする。 ① 見守り機器等を使用する場合においても、一律に定時巡回等をとりにやめることはせず、個々の利用者の状態に応じて、個別に定時巡視を行うこと。 ② 見守り機器等から得られる睡眠状態やバイタルサイン等の情報を利用者の状態把握に活用すること。 ③ 見守り機器等の使用に起因する事業所内で発生した介護事故又はヒヤリ・ハット事例の状況を把握し、その原因を分析して再発の防止策を検討すること。 | <input type="checkbox"/> | 該当 | |
| | | 「夜勤を行う職員の負担の軽減及び勤務状況への配慮」に関する事項として、実際に夜勤を行う職員に対して以下の内容を含むアンケートやヒアリング等を行い、見守り機器等の導入後における次の事項等を確認し、人員配置の検討等が行われていること。 ① ストレスや体調不安等、職員の心身の負担が増えているかどうか ② 夜勤時間帯において、負担が過度に増えている時間帯がないかどうか ③ 休憩時間及び時間外勤務等の状況 | <input type="checkbox"/> | 該当 | |
| | | 日々の業務の中で予め時間を定めて見守り機器等の不具合がないことを確認する等のチェックを行う仕組みを設けること。また、見守り機器等のメーカーと連携し、定期的に点検を行うこと。 | <input type="checkbox"/> | 該当 | |
| 見守り機器等の使用方法の講習やヒヤリ・ハット事例等の周知、その事例を通じた再発防止策の実習等を含む職員研修を定期的に行うこと。 | <input type="checkbox"/> | 実施 | | | |
| □ | 準ユニットケア加算 【青915】 | 12人を標準とするユニットでケアを実施 | <input type="checkbox"/> | あり | ・施設報酬告示14口注10 ・施設基準52(43準用) ・入所留意事項第2-5(11) |
| | | 個室のなしつらえ、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 | |

| 届出状況 | 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | | 根拠・備考 |
|------|-----------------------------|---|--------------------------|---------|---|
| □ | 生活機能向上連携加算 (Ⅰ) 【青916】 | 外部の理学療法士等の助言に基づき、施設の機能訓練指導員等が共同して入所者の身体の状態等の評価及び個別機能訓練計画を作成している | <input type="checkbox"/> | 作成 | ・施設報酬告示1イロ注11 ・大臣基準42の4 ・入所留意事項第2-5(13) ※理学療法士等・・・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ことをいう ※加算Ⅰと加算Ⅱは併算定不可 ※生活機能向上連携加算Ⅰと個別機能訓練加算は併算定不可 |
| | | 個別機能訓練計画に基づき、入所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入所者の心身の状態に応じた機能訓練を適切に提供していること。 | <input type="checkbox"/> | 該当 | |
| | | 評価に基づき、個別機能訓練計画の進捗状況等を3月ごとに1回以上評価し、入所者又はその家族に対し、機能訓練の内容と個別機能訓練計画の進捗状況等を説明し、必要に応じて訓練内容の見直し等を行っていること。 | <input type="checkbox"/> | 3月ごと | |
| | | 個別機能訓練計画の作成に当たっては、外部の理学療法士等は、入所者の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、施設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、施設の機能訓練指導員等に助言を行っているか | <input type="checkbox"/> | 該当 | |
| | | 利用者の急性増悪等により個別機能訓練計画を見直した場合を除き、3月に1回算定 | <input type="checkbox"/> | 満たす | |
| | | 個別機能訓練加算を算定していない | <input type="checkbox"/> | 算定していない | |
| | | 生活機能向上連携加算Ⅱを算定していない | <input type="checkbox"/> | 算定していない | |
| □ | 生活機能向上連携加算 (Ⅱ) 【青916】 | 外部の理学療法士等が、当該指定介護老人福祉施設を訪問し、当該事業所施設の機能訓練指導員等とが共同してアセスメント及び入所者の身体の状態等を評価した上で、個別機能訓練計画を作成している | <input type="checkbox"/> | 該当 | ・施設報酬告示1イロ注11 ・大臣基準42の4 ・入所留意事項第2-5(13) ※理学療法士等・・・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ことをいう ※加算Ⅰと加算Ⅱは併算定不可 |
| | | 個別機能訓練計画に基づき、入所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、入所者の心身の状態に応じた機能訓練を適切に提供している | <input type="checkbox"/> | 該当 | |
| | | 評価に基づき、個別機能訓練計画の進捗状況等を3月ごとに1回以上評価し、入所者又はその家族に対し、機能訓練の内容と個別機能訓練計画の進捗状況等を説明し、必要に応じて訓練内容の見直し等を行っていること。 | <input type="checkbox"/> | 該当 | |
| | | 個別機能訓練加算を算定している場合は、1月につき100単位を算定している | <input type="checkbox"/> | 100単位算定 | |
| | | 生活機能向上連携加算Ⅰを算定していない | <input type="checkbox"/> | 算定していない | |

| 届出状況 | 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | 根拠・備考 |
|------|----------------------------------|--|---------------------------------|---|
| □ | 個別機能訓練加算(Ⅰ) 【青918】 | 専ら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 | ・施設報酬告示14口注12 ・入所留意事項第2-5(14)、-4(7)準用 ・Vol.936-第1 ※短期併設の場合は短期利用者を入所者に合算 個別機能訓練計画書 |
| | | 利用者数が100人超の場合、利用者の数を100で除した数以上配置 | <input type="checkbox"/> 配置 | |
| | | 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の共同による個別機能訓練計画の作成 | <input type="checkbox"/> 作成 | |
| | | 個別機能訓練開始時の利用者への説明 | <input type="checkbox"/> 説明 | |
| | | 利用者に対する計画の内容説明、記録 | <input type="checkbox"/> 3月毎に実施 | |
| | | 利用者に対する説明を、テレビ電話装置等を用いて行う場合、利用者の同意を得ている | <input type="checkbox"/> 得ている | |
| | | 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(実施時間、訓練内容、担当者等の記録)に関する記録の保管、閲覧への対応 | <input type="checkbox"/> あり | |
| □ | 個別機能訓練加算(Ⅱ) 【青918】 【緑1072】 | 個別機能訓練加算Ⅰを算定 | <input type="checkbox"/> 算定 | ・LIFE関連通知第2-2 |
| | | 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ている | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | | 入所者ごとに、①から③までに定める月の翌月10日までにLIFEへ情報を提出 ① 新規に個別機能訓練計画の作成を行った日の属する月 ② 個別機能訓練計画の変更を行った日の属する月 ③ ①又は②のほか、少なくとも3月に1回 | <input type="checkbox"/> 提出 | |
| | | 以下の提出が必要な項目について、やむを得ない場合を除き、すべて提出している ※別紙様式3-2の「評価日」、「職種」、「ADL」、「IADL」、「起居動作」、別紙様式3-3の「作成日」、「前回作成日」、「初回作成日」、「障害高齢者の日常生活自立度又は認知症高齢者の日常生活自立度」、「健康状態・経過(病名及び合併疾病・コントロール状態に限る)」、「個別機能訓練の目標」、「個別機能訓練項目(プログラム内容、留意点、頻度及び時間に限る)」 | <input type="checkbox"/> 提出 | |

| 届出状況 | 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | | 根拠・備考 |
|------------------------------------|-------------------------------------|--|--------------------------|-------|--|
| □ | ADL維持等加算(Ⅰ)(Ⅱ) 【青920】 【緑1073】 | 評価対象者(当該施設の利用期間(以下「評価対象利用期間」)が6月を超える者をいう。)の総数が10人以上であること。 | <input type="checkbox"/> | 10人以上 | ・施設報酬告示14口注13 ・大臣基準16の2 ・入所留意事項第2-5(15) |
| | | 評価対象者全員について、評価対象利用期間の初月(以下「評価対象利用開始月」と、当該月の翌月から起算して6月目(6月目にサービスの利用がない場合については利用があった最終の月)においてADLを評価し、その評価に基づく値(以下「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"/> | 提出 | |
| | | 入所者ごとに、①及び②に定める月の翌月10日までにLIFEへ情報を提出 ①評価対象利用開始月 ②評価対象利用開始月の翌月から起算して6月 ※②の月にサービスの利用がない場合は、サービス利用があった最終月の情報を提出すること | <input type="checkbox"/> | 提出 | |
| | | 入所者全員のADL値をやむを得ない場合を除き、提出している | <input type="checkbox"/> | 入所者全員 | |
| | | ADLの評価は、一定の研修を受けた者により、Barthel Indexを用いて行っている | <input type="checkbox"/> | 行っている | |
| | | ADL利得の平均を計算するに当たって対象とする者は、ADL利得の多い順に、上位100分の10に相当する利用者(その数に1未満の端数が生じたときは、これを切り捨てるものとする。)及び下位100分の10に相当する利用者(その数に1未満の端数が生じたときは、これを切り捨てるものとする。)を除く利用者(以下この(15)において「評価対象利用者」という。)とする。 | <input type="checkbox"/> | 満たす | |
| | | サービスの質の向上を図るため、LIFEへの提出情報及びフィードバック情報を活用し、利用者の状態に応じた個別機能訓練計画の作成(Plan)、当該計画に基づく個別機能訓練の実施(Do)、当該実施内容の評価(Check)、その評価結果を踏まえた当該計画の見直し・改善(Action)の一連のサイクル(PDCAサイクル)により、サービスの質の管理を行うこと。 | <input type="checkbox"/> | 満たす | |
| | | ADL維持等加算(Ⅰ)又は(Ⅱ)の算定を開始しようとする月の末日までに、LIFEを用いてADL利得に係る基準を満たすことを確認すること。 | <input type="checkbox"/> | 確認 | |
| | | (加算Ⅰ) 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出した値(以下「ADL利得」)の平均値が1以上であること。 | <input type="checkbox"/> | 1以上 | |
| (加算Ⅱ) 評価対象者のADL利得の平均値が2以上であること。 | <input type="checkbox"/> | 2以上 | | | |
| □ | 若年性認知症入所者受入加算 【青922】 | 若年性認知症入所者ごとに個別に担当者を定める | <input type="checkbox"/> | 定めている | ・施設報酬告示14口注14 ・大臣基準64(18準用) ・入所留意事項第2-5(12)、-2(14)準用 |
| | | 利用者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"/> | 満たす | |
| □ | 専従の常勤医師配置加算 【青922】 | 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 | ・施設報酬告示14口注15 |
| | | 入所者数が100人超の場合、入所者の数を100で除した数以上配置 | <input type="checkbox"/> | 配置 | |

| 届出状況 | 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | 根拠・備考 |
|------|----------------------------------|--|----------------------------------|--|
| □ | 精神科医師配置加算 【青922】 | 認知症入所者が全入所者の1/3以上 | <input type="checkbox"/> 満たす | ・施設報酬告示14口注16、 ・入所留意事項第2-5(16) 療養指導の記録 |
| | | 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 | |
| | | 認知症の入所者数を常に的確に把握 | <input type="checkbox"/> 把握 | |
| | | 常勤医師加算の算定 | <input type="checkbox"/> 算定していない | |
| | | 配置医師が精神科を兼ねる場合 | <input type="checkbox"/> 5回目以降 | |
| | | 療養指導の記録の整備 | <input type="checkbox"/> あり | |
| □ | 障害者生活支援体制加算 (I) 【青924】 | 要件に該当する視覚障害者、聴覚障害者、言語機能障害者、知的障害者及び精神障害者である入所者の合計数が15人以上又は入所者のうち、視覚障害者等である入所者の占める割合が30%以上 | <input type="checkbox"/> 満たす | ・施設報酬告示14口注17 ・大臣基準57(44準用)、58(45準用) ・入所留意事項第2-5(17) 履歴書等 |
| | | 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 | |
| | | 障害者生活支援員として点字、点訳、手話通訳、知的障害者福祉司等の要件を満たす | <input type="checkbox"/> 満たす | |
| | | 入所者が50人超の場合は、1名に加え入所者を50で除して得た数以上配置 | <input type="checkbox"/> 配置 | |
| □ | 障害者生活支援体制加算 (II) 【青924】 | 入所者のうち、要件に該当する視覚障害者、聴覚障害者、言語機能障害者、知的障害者及び精神障害者である入所者の占める割合が50%以上 | <input type="checkbox"/> 満たす | ・施設報酬告示14口注17 ・大臣基準57(44準用)、58(45準用) ・入所留意事項第2-5(17) |
| | | 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 | |
| | | 障害者生活支援員として点字、点訳、手話通訳、知的障害者福祉司等の要件を満たす | <input type="checkbox"/> 満たす | |
| | | 入所者が50人超の場合は、2名に加え入所者を50で除して得た数以上配置 | <input type="checkbox"/> 配置 | |
| □ | 入院・外泊加算 【青926】 | 入院又は外泊をした場合、1月に6日を限度として算定 | <input type="checkbox"/> 6日以下 | ・施設報酬告示14口注18 ・入所留意事項第2-5(18) |
| | | 短期入所生活介護のベッドへの活用の有無 | <input type="checkbox"/> なし | |
| | | 入院又は外泊の初日及び最終日は算定していない | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| □ | 外泊時在宅サービス利用 の費用について 【青926】 | 外泊を認め、当該施設が居宅サービスを提供し、1月に6日を限度として算定 | <input type="checkbox"/> 6日以下 | ・施設報酬告示14口注19 ・入所留意事項第2-5(19) |
| | | 外泊の初日及び最終日は算定していない | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | | 短期入所生活介護のベッドへの活用の有無 | <input type="checkbox"/> なし | |
| | | 入院・外泊加算を算定していない | <input type="checkbox"/> なし | |

| 届出状況 | 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | | 根拠・備考 |
|------|-------------------------|---|--------------------------|---------|--|
| | 従来型個室に入所していた者の取扱い【青928】 | 平成17年9月30日以前に従来型個室に入所していて、平成17年10月1日以降引き続き従来型個室に入所している | <input type="checkbox"/> | 該当 | ・施設報酬告示1イ注20 ・適合する利用者等59 ・入所留意事項第2-5(23) |
| | | 当該期間中に、特別な居室提供を受けたことに伴う特別な室料を払っていない | <input type="checkbox"/> | 該当 | |
| | | 継続して当該従来型個室に入所していた者が、一旦、従来型個室を退所した後、再度従来型個室に入所した場合は、経過措置対象外としている | <input type="checkbox"/> | している | |
| | 従来型個室の多床室利用【青928】 | 感染症等により従来型個室への入所が必要であると医師が判断した者で、従来型個室への入所期間が30日以内である | <input type="checkbox"/> | 該当 | ・施設報酬告示1イ注21 |
| | | 入所者一人当たりの面積が10.65㎡以下に適合する従来型個室に入所している | <input type="checkbox"/> | 該当 | |
| | | 著しい精神症状等により、同室の他の入所者の心身の状況に重大な影響を及ぼす恐れがあるとして、従来型個室への入所が必要であると医師が判断した。 | <input type="checkbox"/> | 該当 | |
| | 初期加算【青928】 | 入所した日から起算して30日以内の算定 | <input type="checkbox"/> | 満たす | ・施設報酬告示1ハ ・入所留意事項第2-5(20) |
| | | 入所日から30日以内に外泊を行った場合、その外泊中は算定していない | <input type="checkbox"/> | 算定していない | |
| | | 過去3月以内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月以内) | <input type="checkbox"/> | なし | |
| | | 30日を超える入院後の入所 | <input type="checkbox"/> | あり | |
| | 再入所時栄養連携加算【青928】 | 介護老人福祉施設を退所し、病院又は診療所へ入院した場合、退所した後に再度当該介護老人福祉施設に入所している | <input type="checkbox"/> | 満たす | ・施設報酬告示1ニ ・大臣基準65の2 ・通所介護費等の算定方法12号 ・入所留意事項第2-5(21) |
| | | 二次入所において必要となる栄養管理が、一次入所の際と大きく異なるため、介護老人福祉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している | <input type="checkbox"/> | 満たす | |
| | | 入所者1人につき、1回を限度として算定している | <input type="checkbox"/> | 満たす | |
| | | 施設の管理栄養士が当該者の入院する医療機関を訪問の上、当該医療機関での栄養に関する指導又はカンファレンスに同席し、当該医療機関の管理栄養士と連携して、二次入所後の栄養ケア計画を作成(指導又はカンファレンスへの同席は、テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする) | <input type="checkbox"/> | 該当 | |
| | | 指導又はカンファレンスへの同席をテレビ電話装置等を活用して行う場合、入所者又はその家族に同意を得ている | <input type="checkbox"/> | 得ている | |
| | | 当該栄養ケア計画について、二次入所後に入所者又はその家族の同意を得ている | <input type="checkbox"/> | 得ている | |
| | | 定員、人員基準に適合 | <input type="checkbox"/> | 適合 | |
| | | 栄養管理未実施減算となっていない | <input type="checkbox"/> | 基準型 | |

| 届出状況 | 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | 根拠・備考 |
|------|-------------------|---|------------------------------|------------------------------------|
| | 退所前訪問相談援助加算【青930】 | 入所期間が1月を超える(見込みを含む) | <input type="checkbox"/> 満たす | ・施設報酬告示1ホ(1)注1 ・入所留意事項第5(22)①イ |
| | | 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 | |
| | | 相談援助は、他職種共同で行うこと | <input type="checkbox"/> 満たす | |
| | | 相談援助は、入所者及びその家族等いずれにも行うこと | <input type="checkbox"/> 満たす | |
| | | 相談援助等を行った日及び内容の記録をすること | <input type="checkbox"/> 満たす | |
| | 退所後訪問相談援助加算【青930】 | 退所後30日以内に居宅を訪問し入所者及び家族等に対し相談援助を実施(退所後1回を限度) | <input type="checkbox"/> 満たす | ・施設報酬告示1ホ(2)注2 ・入所留意事項第5(22)①ロ |
| | | 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 | |
| | | 相談援助は、他職種共同で行うこと | <input type="checkbox"/> 満たす | |
| | | 相談援助は、入所者及びその家族等いずれにも行うこと | <input type="checkbox"/> 満たす | |
| | | 相談援助等を行った日及び内容の記録をすること | <input type="checkbox"/> 満たす | |
| | 退所時相談援助加算【青930】 | 入所期間が1月を超える(見込みを含む) | <input type="checkbox"/> 満たす | ・施設報酬告示1ホ(3)注3 ・入所留意事項第2-5(22)② |
| | | 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 | |
| | | 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 | |
| | | 相談援助は、他職種共同で行うこと | <input type="checkbox"/> 満たす | |
| | | 相談援助は、入所者及びその家族等いずれにも行うこと | <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 | |
| | 退所前連携加算【青930】 | 入所期間が1月を超える(見込みを含む) | <input type="checkbox"/> 満たす | ・施設報酬告示1ホ(4)注4 ・入所留意事項第2-5(22)③ |
| | | 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 | |
| | | 相談援助は、他職種共同で行うこと | <input type="checkbox"/> 満たす | |
| | | 在宅・入所相互利用加算の対象となる入所者について退所前連携加算を算定する場合には、最初に在宅期間に移るときにのみ算定 | <input type="checkbox"/> 満たす | |
| | | 連携を行った日、連携の内容に関する記録の整備 | <input type="checkbox"/> 満たす | |

| 届出状況 | 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | | 根拠・備考 |
|------------------|--|---|-------|----|---|
| □ | 栄養マネジメント強化加算 【青932】 【緑1009】 | 管理栄養士を常勤換算方法で、入所者の数を50で除して得た数以上配置 又は常勤の栄養士を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つては、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 | □ | 配置 | ・施設報酬告示へ ・大臣基準65の3 ・入所留意事項第2-5(24) ・LIFE関連通知第2-12 ・Vol.936-第4-3 |
| | 低栄養状態のリスクが、中リスク及び高リスク者に対し、管理栄養士等が以下の対応を行っている ①基本サービスとして多職種で共同して作成した栄養ケア計画に、低栄養状態の改善等を行うための栄養管理方法や食事の観察の際に特に確認すべき点等を示す ②①の栄養ケア計画に基づき、食事の観察を週3回以上行い、当該入所者の栄養状態、食事摂取量、摂食・嚥下の状況、食欲・食事の満足感、嗜好を踏まえた食事の調整や、姿勢、食具、食事の介助方法等の食事環境の整備等を実施すること ③ 食事の観察は、原則管理栄養士が行うこと。やむを得ず管理栄養士が実施できない場合は、介護職員等が行い、管理栄養士に報告すること | □ | 満たす | | |
| | 食事の観察の際に、問題点が見られた場合は、速やかに関連する職種と情報共有を行い、必要に応じて栄養ケア計画を見直し、見直し後の計画に基づき対応すること。 | □ | 該当 | | |
| | 当該入所者が退所し、居宅での生活に移行する場合は、入所者又はその家族に対し、管理栄養士が退所後の食事に関する相談支援を行うこと。また、他の介護保険施設や医療機関に入所(入院)する場合は、入所中の栄養管理に関する情報(必要栄養量、食事摂取量、嚥下調整食の必要性(嚥下食コード)、食事上の留意事項等)を入所先(入院先)に提供すること。 | □ | 実施 | | |
| | 低栄養状態のリスクが低リスクに該当する者については、食事の観察の際に、あわせて食事の状況を把握し、問題点がみられた場合は、速やかに関連する職種と情報共有し、必要に応じて栄養ケア計画を見直し、見直し後の計画に基づき対応すること。 | □ | 該当 | | |
| | 入所者ごとの栄養状態等の情報をLIFEを用いて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 | □ | 提出 | | |
| | サービスの質の向上を図るため、LIFEへの提出情報及びフィードバック情報を活用し、利用者の状態に応じた栄養ケア計画の作成(Plan)、当該計画に基づく支援の提供(Do)、当該支援内容の評価(Check)、その評価結果を踏まえた当該計画の見直し・改善(Action)の一連のサイクル(PDCAサイクル)により、サービスの質の管理を行うこと | □ | 該当 | | |
| | 入所者ごとに、①から③までに定める月の翌月10日までにLIFEへ情報を提出 ① 新規に栄養ケア計画の作成を行った日の属する月 ② 栄養ケア計画の変更を行った日の属する月 ③ ①又は②のほか、少なくとも3月に1回 | □ | 満たす | | |
| | 以下の提出が必要な項目について、やむを得ない場合を除き、すべて提出している ※別紙様式4-1にある「実施日」、「低栄養状態のリスクレベル」、「低栄養状態のリスク(状況)」、「食生活状況等」、「多職種による栄養ケアの課題(低栄養関連問題)」、「総合評価」、「計画変更」 ※経口維持加算Ⅰ又はⅡを算定している入所者については、「接触・嚥下の課題」、「食事の観察」、「多職種会議」の項目も提出すること。 | □ | 提出 | | |
| | 原則として入所者全員に対して実施する | □ | 入所者全員 | | |
| 栄養管理未実施減算となっていない | □ | 基準型 | | | |
| 定員、人員基準に適合 | □ | 適合 | | | |

| 届出状況 | 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | 根拠・備考 | |
|------|-----------------------------|--|----------------------------------|--|----------------------------|
| | 経口移行加算 【青934】 【緑1009】 | 定員、人員基準に適合 | <input type="checkbox"/> 適合 | <ul style="list-style-type: none"> 施設報酬告示1ト注1、2 大臣基準66 通所介護費等の算定方法12号 入所留意事項第2-5(25) Vol.936-第4-4 | |
| | | 栄養管理未実施減算となっていない | <input type="checkbox"/> 基準型 | | |
| | | 現に経管により食事を摂取している者であって、経口による食事の摂取を進めるための栄養管理が必要であるとして、医師の指示を受けた者が対象 | <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、歯科医師、管理栄養士、看護師、言語聴覚士、介護支援専門員その他の職種の者で共同して、現に経管により食事を摂取している入所者ごとに経口による摂取を進めるための経口移行計画の作成 | <input type="checkbox"/> 作成 | | 経口移行・経口維持計画(様式例)0907002号通知 |
| | | 計画を入所者又は家族に説明し、同意を得る | <input type="checkbox"/> あり | | |
| | | 医師の指示を受けた(管理)栄養士による栄養管理の実施 | <input type="checkbox"/> 実施 | | |
| | | 言語聴覚士又は看護職員による支援の実施 | <input type="checkbox"/> 実施 | | |
| | | 入所者又は家族の同意を得た日から起算して180日以内 | <input type="checkbox"/> 180日以内 | | |
| | | 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"/> 2週間毎に実施 | | |
| | 経口維持加算(Ⅰ) 【青936】 | 定員、人員基準に適合 | <input type="checkbox"/> 適合 | <ul style="list-style-type: none"> 施設報酬告示1チ注1、3 大臣基準67 通所介護費等の算定方法12号 入所留意事項第2-5(26) | |
| | | 現に経口により食事を摂取する者であって、摂食機能障害を有し、水飲みテスト等により誤嚥が認められることから、継続して経口による食事の摂取を進めるための特別な管理が必要である者として、医師又は歯科医師の指示を受けている | <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 | | |
| | | 食物形態、摂食方法の配慮等誤嚥防止のための適切な配慮 | <input type="checkbox"/> している | | |
| | | 医師又は歯科医師の指示に基づき、月1回以上、医師、歯科医師、管理栄養士、看護師、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、入所者の栄養管理をするための食事の観察及び会議等を行い、入所者ごとに、経口による継続的な食事の摂取を進めるための経口維持計画を作成 | <input type="checkbox"/> 行っている | | 経口移行・経口維持計画(様式例)0907002号通知 |
| | | 必要に応じて経口維持計画を見直し | <input type="checkbox"/> 行っている | | |
| | | 計画を作成・変更した際には、入所者又は家族に説明し、同意を得る | <input type="checkbox"/> 得ている | | |
| | | 経口維持計画に従い、医師又は歯科医師の指示(歯科医師が指示を行う場合は、当該指示を受ける管理栄養士等が医師の指導を受けている場合に限る。)を受けた管理栄養士又は栄養士が、栄養管理を実施 | <input type="checkbox"/> 実施 | | |
| | | 栄養管理未実施減算となっていない | <input type="checkbox"/> 基準型 | | |
| | | 経口移行加算を算定していない | <input type="checkbox"/> 算定していない | | |
| | 経口維持加算(Ⅱ) 【青936】 | 経口による継続的な食事の摂取を支援するための食事の観察及び会議等に、医師(配置医師を除く。)、歯科医師、歯科衛生士又は言語聴覚士が加わった | <input type="checkbox"/> 加わった | <ul style="list-style-type: none"> 施設報酬告示1チ注2、3 大臣基準67 通所介護費等の算定方法12号 入所留意事項第2-5(26) | |
| | | 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 | | 経口移行・経口維持計画(様式例)0907002号通知 |

| 届出状況 | 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | | 根拠・備考 |
|------|------------------------------|---|--------------------------|---------|--|
| | 口腔衛生管理加算(Ⅰ) 【青938】 | 歯科医師又は歯科衛生士の指示を受けた歯科衛生士の技術的助言、指導に基づいた口腔衛生等の管理に係る計画の作成 | <input type="checkbox"/> | あり | ・施設報酬告示1リ注 ・大臣基準69 ・入所留意事項第2-5(27) |
| | | 歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、入所者に対し、口腔衛生等の管理を月2回以上行っている | <input type="checkbox"/> | 該当 | |
| | | 歯科衛生士が行った入所者に係る口腔衛生等の管理について、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"/> | 該当 | |
| | | 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必要に応じ対応している | <input type="checkbox"/> | 該当 | |
| | | 同一月内において医療保険による訪問歯科衛生指導の実施の有無を入所者又はその家族等に確認 | <input type="checkbox"/> | 確認 | |
| | | 口腔衛生管理加算について説明し、その提供に関する同意を得る | <input type="checkbox"/> | 得ている | |
| | | 口腔に関する問題点、歯科医師からの指示内容の要点(ただし、歯科医師から受けた指示内容のうち、特に歯科衛生士が入所者に対する口腔衛生の管理を行うにあたり配慮すべき事項とする。)、当該歯科衛生士が実施した口腔衛生の管理の内容、当該入所者に係る口腔清掃等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を作成。当該記録を保管するとともに、必要に応じてその写しを当該入所者に対して提供している | <input type="checkbox"/> | 該当 | |
| | | 訪問歯科衛生指導料が算定された日の属する月においては、訪問歯科衛生指導料が3回以上算定された場合は、口腔衛生管理加算Ⅰを算定していない | <input type="checkbox"/> | 算定していない | |
| | 定員、人員基準に適合 | <input type="checkbox"/> | 適合 | | |
| | 口腔衛生管理加算(Ⅱ) 【青938】【緑1077】 | 口腔衛生管理加算Ⅰの要件をすべて満たす | <input type="checkbox"/> | 満たす | ・LIFE関連通知第2-14 |
| | | 口腔衛生管理加算Ⅰを算定していない | <input type="checkbox"/> | していない | |
| | | 入所者ごとの口腔衛生等の管理に係る情報をLIFEを用いて厚生労働省に提出し、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 | <input type="checkbox"/> | 該当 | |
| | | 入所者ごとに、①から③までに定める月の翌月10日までにLIFEへ情報を提出 ① 新規に口腔衛生等の管理に係る計画の作成を行った日の属する月 ② 口腔衛生に係る計画の変更を行った日の属する月 ③ ①又は②のほか、少なくとも3月に1回 | <input type="checkbox"/> | 提出 | |
| | | 以下の提出が必要な項目について、やむを得ない場合を除き、すべて提出している ※別紙様式3・別紙様式1にある「要介護度・病名等」、「かかりつけ歯科医」、「入れ歯の使用」、「食形態」、「誤嚥性肺炎の発症・罹患」、「口腔に関する問題点(スクリーニング)」、「口腔衛生の管理内容(アセスメント)(実施目標、実施内容及び実施頻度に限る)」、「歯科衛生士が実施した口腔衛生等の管理及び介護職員への技術的助言等の内容」 | <input type="checkbox"/> | 提出 | |

| 届出状況 | 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | 根拠・備考 | |
|------|-----------------------|--|-----------------------------------|--|--------|
| □ | 療養食加算 【青940】 | 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 | <ul style="list-style-type: none"> ・施設報酬告示1又注 ・適合する利用者等69(23準用) ・大臣基準35 ・通所介護費等の算定方法12号 ・入所留意事項第2-5(28) | |
| | | 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"/> 該当 | | |
| | | 定員、人員基準に適合 | <input type="checkbox"/> 適合 | | |
| | | 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、脂質異常症食、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 | <input type="checkbox"/> あり | | 療養食献立表 |
| | | 1日につき3回を限度として算定している | <input type="checkbox"/> 該当 | | |
| □ | 配置医師緊急時対応加算 【青942】 | 配置医師が施設の求めに応じ、早朝、夜間又は深夜に施設を訪問し、入所者に対し診療を行っている | <input type="checkbox"/> 該当 | <ul style="list-style-type: none"> ・施設報酬告示1ル注 ・施設基準54の2(44の2準用) ・入所留意事項第2-5(29) | |
| | | 診療を行った理由を記録している | <input type="checkbox"/> 該当 | | |
| | | 早朝(午前6時～午前8時) | <input type="checkbox"/> 1回650単位 | | |
| | | 夜間(午後6時～午後10時) | <input type="checkbox"/> 1回650単位 | | |
| | | 深夜(午後10時～午前6時) | <input type="checkbox"/> 1回1300単位 | | |
| | | 看護体制加算(Ⅱ)を算定している | <input type="checkbox"/> 該当 | | |
| | | 入所者に対する注意事項や病状等についての情報共有、曜日や時間帯ごとの医師との連絡方法、診療を依頼する場合の具体的状況等について、配置医師と当該指定介護老人福祉施設の間で、具体的な取り決めがなされている | <input type="checkbox"/> あり | | |
| | | 複数名の配置医師を置いていること又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24時間対応できる体制を確保している | <input type="checkbox"/> あり | | |

| 届出状況 | 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | 根拠・備考 |
|-------------------|-----------------------------------|--|---------------------------------|--|
| □ | 看取り介護加算(Ⅰ) 【青943】 | 医師が医学的知見に基づき回復の見込みがないとの診断 | <input type="checkbox"/> あり | ・施設報酬告示1ヲ注 ・施設基準54(45準用) ・適合する利用者等61(48準用) ・入所留意事項第2-5(30)・(7)④準用 |
| | | 入所者又はその家族等の同意を得て、入所者の介護に係る計画が作成されている | <input type="checkbox"/> あり | |
| | | 医師、看護職員、生活相談員、介護職員、管理栄養士、介護支援専門員等が共同して、随時入所者等に対して説明をし、同意(口頭の場合は、介護記録に説明日時、内容等及び同意を得た旨を記載)を得ている | <input type="checkbox"/> あり | |
| | | 常勤看護師1名以上 | <input type="checkbox"/> 配置 | |
| | | PDCAサイクルにより看取り介護を実施する体制を構築している | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | | 看取り介護を実施するに当たり、終末期にたどる経過等について、継続的な説明に努め、入所者に関する記録を活用した説明資料を作成し、その写しを提供している | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | | 終末期の身体症状の変化及び介護等についての記録等を介護記録に記録するとともに、医師、看護職員等による適切な情報共有を行っている | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | | 管理者を中心として生活相談員等による協議の上看取りに関する指針を定め、入所の際に内容を説明し同意を得ている ※指針に盛り込むべき項目 イ 当該施設の看取りに関する考え方 ロ 終末期にたどる経過(時期、プロセスごと)とそれに応じた介護の考え方 ハ 施設等において看取りに際して行いうる医療行為の選択肢 ニ 医師や医療機関との連携体制(夜間及び緊急時の対応を含む) ホ 入所者等への情報提供及び意思確認の方法 ヘ 入所者等への情報提供に供する資料及び同意書の書式 ト 家族への心理的支援に関する考え方 チ その他看取り介護を受ける入所者に対して施設の職員が取るべき具体的な対応の方法 | <input type="checkbox"/> あり | |
| | | 他職種協議の上、看取り実績等を踏まえ、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 | |
| | | 計画作成・看取り介護の実施にあたっては、本人の意思を尊重した医療・ケアの方針が実施できるよう、多職種が連携し、本人及びその家族と必要な情報の共有等に努めている | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | | 看取り介護加算は死亡月にまとめて算定することから、当該施設に入所していない月についても自己負担を請求する必要があるため、入所者が退所する際、その旨説明し、文書で同意を得ている | <input type="checkbox"/> 得ている | |
| | | 施設退所等の後も継続して入所者の家族指導や医療機関に対する情報提供等を行い、継続的関わりの中で入所者の死亡を確認している。施設対処等の際本人又は家族に文書にて同意を得ている | <input type="checkbox"/> 得ている | |
| | | 看取りに関する職員研修を行っている | <input type="checkbox"/> あり | |
| | | 施設の看護職員、又は病院等の看護職員との連携により24時間の連絡体制 | <input type="checkbox"/> あり | |
| | | 個室又は静養室の利用が可能。多床室であって看取りを行う際には個室又は静養室を利用 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | | (1)死亡日以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 | | | |

| 届出状況 | 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | 根拠・備考 | |
|--------|-----------------------------------|--|----------------------------------|--|------------------------------|
| □ | 看取り介護加算(Ⅱ) 【青943】 | 当該入所者が施設内で死亡した場合に限り算定 | <input type="checkbox"/> 該当 | <ul style="list-style-type: none"> 施設報酬告示1ヲ注 施設基準54(45準用) 適合する利用者等61(48準用) 入所留意事項第2-5(30)・(7)④準用 | |
| | | 入所者に対する注意事項や病状等についての情報共有、曜日や時間帯ごとの医師との連絡方法、診療を依頼する場合の具体的状況等について、配置医師と当該指定介護老人福祉施設の間で、具体的な取り決めがなされている | <input type="checkbox"/> あり | | |
| | | 複数名の配置医師を置いていること又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24時間対応できる体制を確保している | <input type="checkbox"/> あり | | |
| | | 看取り介護加算(Ⅰ)の要件をすべて満たす | <input type="checkbox"/> 満たす | | |
| | | 看取り介護加算(Ⅰ)を算定していない | <input type="checkbox"/> 算定していない | | |
| | | (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780単位 | | |
| (4)死亡日 | <input type="checkbox"/> 1日1580単位 | | | | |
| □ | 在宅復帰支援機能加算 【青946】 | 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)の割合が2割超 | <input type="checkbox"/> 該当 | <ul style="list-style-type: none"> 施設報酬告示1ヲ注 大臣基準70 入所留意事項第2-5(31) | |
| | | 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ることにより、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 【青946】 | 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"/> 得ている | <ul style="list-style-type: none"> 施設報酬告示1カ注 適合する利用者等62(49準用) 大臣基準71 入所留意事項第2-5(32) | |
| | | 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同意 | <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 | | |
| | | 概ね月に1回のカンファレンスの実施及び記録 | <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 |

| 届出状況 | 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | 根拠・備考 |
|------|--------------------------------|--|-----------------------------|---|
| □ | 認知症専門ケア加算(Ⅰ) 【青948】 | 入所者総数のうち介護を必要とする認知症の対象者(日常生活自立度ランクⅢ以上の者)の割合が5割以上 | <input type="checkbox"/> 該当 | ・施設報酬告示1日注 ・適合する利用者等63(30準用) ・大臣基準42 ・入所留意事項第2-5(33) ※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 |
| | | 毎月、直近3月間の割合を記録している | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | | 認知症介護に係る専門的な研修終了者を、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 | |
| | | 留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議を定期的実施 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| □ | 認知症専門ケア加算(Ⅱ) 【青948】 | 入所者総数のうち介護を必要とする認知症の対象者(日常生活自立度ランクⅢ以上の者)の割合が5割以上 | <input type="checkbox"/> 該当 | ・施設報酬告示1日注 ・適合する利用者等63(30準用) ・大臣基準3の2 ・入所留意事項第2-5(33) ※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 |
| | | 毎月、直近3月間の割合を記録している | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | | 認知症介護に係る専門的な研修終了者を、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 | |
| | | 留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議を定期的実施 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | | 認知症の指導に係る専門的な研修終了者を上記の基準に加え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 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| □ | 認知症行動・心理症状緊急 対応加算 【青949】 | 医師が緊急に入所することが適当であると判断している | <input type="checkbox"/> 該当 | ・施設報酬告示1日注 ・入所留意事項第2-5(34) |
| | | 医師が判断した当該日又は次の日に利用を開始しているか | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | | 入所した日から起算して7日を限度として算定 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | | 利用者又は家族の同意を得ているか | <input type="checkbox"/> あり | |
| | | 入所後速やかに退所に向けた施設サービス計画を策定しているか | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | | 次に掲げる者が、直接当該施設へ入所した場合ではないこと a 病院又は診療所に入院中の者 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 c 短期入所生活介護、短期入所療養介護、特定施設入居者生活介護、短期利用特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護、短期利用共同生活介護、地域密着型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 | <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か。また、施設も判断を行った医師名、日付及び利用開始に当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か。 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | | 当該加算の算定にあたっては、個室等、認知症の行動・心理症状の増悪した者の療養に相応しい設備を整備 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | | 当該入所者が入所前1月の間に、当該介護老人福祉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(他サービスを含む)を算定したことがないか | <input type="checkbox"/> 該当 | |

| 届出状況 | 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | 根拠・備考 |
|---------------------|---|---|----------------------------------|---|
| □ | 褥瘡マネジメント加算(Ⅰ) 【青950】【緑1073】 | 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 | <input type="checkbox"/> 該当 | <ul style="list-style-type: none"> ・施設報酬告示1レ注 ・大臣基準71の2 ・入所留意事項第2-5(35) ・LIFE関連通知第2-6 |
| | | 評価は少なくとも3月に1回行い、褥瘡ケア計画を見直すこと | <input type="checkbox"/> 3月毎に実施 | |
| | | 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している | <input type="checkbox"/> 作成 | |
| | | 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"/> 行っている | |
| | | 評価結果等の情報をLIFEを用いて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 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | | 入所者ごとに、①から③までに定める月の翌月10日までにLIFEへ情報を提出 ① 既入所者:算定開始月+施設入所時 ② 新規入所者:入所月 ③ 評価を行った月(少なくとも3月に1回) | <input type="checkbox"/> 提出 | |
| | | やむを得ない場合を除き、以下の提出が必要な情報はすべて提出している ※別紙様式5にある「評価日」、「計画作成日」、「褥瘡の有無」、「危険因子の評価」 ※褥瘡がある入所者については、「褥瘡の状態の評価」も提出 | <input type="checkbox"/> 提出 | |
| 褥瘡マネジメント加算Ⅱを算定していない | <input type="checkbox"/> 算定していない | | | |
| □ | 褥瘡マネジメント加算(Ⅱ) | 褥瘡マネジメント加算Ⅰの要件を満たしている | <input type="checkbox"/> 満たす | |
| | | 褥瘡マネジメント加算Ⅰの算定していない | <input type="checkbox"/> 算定していない | |
| | | 施設入所時の評価において、褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者について、褥瘡の発生がないこと。また、施設入所時又は入所後に褥瘡が発生し、褥瘡の治癒後に再発がないこと。 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| □ | 褥瘡マネジメント加算(Ⅲ) 【旧青788,789】 ※経過措置として、令和3年3月31日まで算定可 | 入所者ごとに褥瘡の発生とリスクについて、施設入所時に評価するとともに、少なくとも3月に1回、評価を行い、その評価結果を厚生労働省に報告している | <input type="checkbox"/> 該当 | 新基準 <ul style="list-style-type: none"> ・施設報酬告示レ経過措置 旧基準 <ul style="list-style-type: none"> ・旧施設報酬告示 ・旧大臣基準71の2 ・旧留意事項第2-5(34) |
| | | 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、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している | <input type="checkbox"/> 作成 | |
| | | 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"/> 実施+記録 | |
| | | 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"/> 3月毎に見直し | |
| | | 3月に1回を限度として算定している | <input type="checkbox"/> 該当 | |

| 届出状況 | 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | | 根拠・備考 |
|---|--|---|--------------------------|---------|---|
| □ | 排せつ支援加算(Ⅰ) 【青952】 【緑1074】 | 入所者ごとに、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に評価し、その後少なくとも6月に1回評価 | <input type="checkbox"/> | 6月毎に評価 | <ul style="list-style-type: none"> 施設報酬告示1ソ注 大臣基準71の3 入所留意事項第2-5(36) LIFE関連通知第2-8 |
| | | 評価の結果、排せつに介護を要する入所者であって、適切な対応を行うことにより、要介護状態の軽減が見込まれる入所者を対象 | <input type="checkbox"/> | 該当 | |
| | | 施設の医師、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 | <input type="checkbox"/> | 作成 | |
| | | 当該支援計画に基づく支援を継続して実施 | <input type="checkbox"/> | 実施 | |
| | | 評価に基づき、少なくとも3月に1回入所者ごとの支援計画を見直している | <input type="checkbox"/> | 3月毎に見直し | |
| | | 評価結果等の情報をLIFEを用いて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 | <input type="checkbox"/> | 該当 | |
| | | 入所者ごとに、①から③までに定める月の翌月10日までにLIFEへ情報を提出 ① 既入所者：算定開始月＋入所時 ② 新規入所者：入所月 ③ 要介護状態の軽減の見込みに係る評価を行った日の属する月(少なくとも6月に1回) | <input type="checkbox"/> | 提出 | |
| やむを得ない場合を除き、以下の提出が必要な情報はすべて提出している ※別紙様式6にある「評価日」、「計画作成日」、「排せつの状態及び今後の見込み」、「排せつの状態に関する支援の必要性」 | <input type="checkbox"/> | 提出 | | | |
| □ | 排せつ支援加算(Ⅱ) | 排せつ支援加算Ⅰの基準をすべて満たしている | <input type="checkbox"/> | 満たす | <ul style="list-style-type: none"> 施設報酬告示1ソ注 大臣基準71の3 入所留意事項第2-5(36) LIFE関連通知第2-8 |
| | | 排せつ支援加算Ⅰ、Ⅲ、Ⅳのいずれも算定していない | <input type="checkbox"/> | 算定していない | |
| | | 以下の①又は②のいずれかを満たすこと ① 評価の結果、要介護状態の軽減が見込まれる者について、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こと。 ② 評価の結果、施設入所時におむつを使用していた者であって要介護状態の軽減が見込まれるものについて、おむつを使用しなくなったこと。 | <input type="checkbox"/> | 満たす | |
| □ | 排せつ支援加算(Ⅲ) | 排せつ支援加算Ⅰの基準をすべて満たしている | <input type="checkbox"/> | 満たす | <ul style="list-style-type: none"> 施設報酬告示1ソ注 大臣基準71の3 入所留意事項第2-5(36) LIFE関連通知第2-8 |
| | | 排せつ支援加算Ⅰ、Ⅱ、Ⅳのいずれも算定していない | <input type="checkbox"/> | 算定していない | |
| | | 評価の結果、要介護状態の軽減が見込まれる者について、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 | |
| | | 評価の結果、施設入所時におむつを使用していた者であって要介護状態の軽減が見込まれるものについて、おむつを使用しなくなった | <input type="checkbox"/> | 該当 | |
| □ | 排せつ支援加算(Ⅳ) 【旧青788,789】 ※経過措置として、令和3年3月31日まで算定可 | 排せつに介護を要する入所者であって、適切な対応を行うことにより、要介護状態の軽減が見込まれると医師又は医師と連携した看護師が判断した入所者に対して行っている | <input type="checkbox"/> | 該当 | 新基準 <ul style="list-style-type: none"> 施設報酬告示ソ経過措置 旧基準 <ul style="list-style-type: none"> 旧施設報酬告示ネ 旧留意事項第2-5(35) |
| | | 施設の医師、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 | <input type="checkbox"/> | 作成 | |
| | | 当該支援計画に基づく支援を継続して実施 | <input type="checkbox"/> | 実施 | |
| | | 6月以内の期間に限り、1月につき所定単位数を算定 | <input type="checkbox"/> | 該当 | |
| | | 同一入所期間中に排せつ支援加算を算定している場合は算定しない | <input type="checkbox"/> | 算定していない | |

| 届出状況 | 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | | 根拠・備考 |
|------|-------------------------------|--|------|-------|---|
| □ | 自立支援促進加算 【青955】 【緑1075】 | 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6月に1回医学的評価の見直しを行っている | □ | 該当 | <ul style="list-style-type: none"> ・施設報酬告示1ツ注 ・大臣基準71の4 ・入所留意事項第2-5(37) ・LIFE関連通知第2-9 |
| | | 医学的評価の結果、自立支援の促進が必要であるとされた入所者ごとに、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が共同して、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 | □ | 実施 | |
| | | 医学的評価に基づき、少なくとも3月に1回、入所者ごとに支援計画を見直しを行うこと 見直しの際には、支援計画に実施上に当たっての課題(入所者の自立に係る状態の変化、支援の実施時における医学的観点からの留意事項に関する大きな変更、関連職種が共同して取り組むべき事項の見直しの必要性等)に応じ、必要に応じた見直しを行うこと。 | □ | 該当 | |
| | | 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 | □ | 参加 | |
| | | 当該支援計画の各項目は原則として以下のとおり実施すること。その際、入所者及びその家族の希望も確認し、入所者の尊厳が支援に当たり十分保持されるように留意すること。 a 寝たきりによる廃用性機能障害を防ぐために、離床、座位保持又は立ち上がりを計画的に支援する。 b 食事は、本人の希望に応じ、居室外で、車椅子ではなく普通の椅子を用いる等、施設においても、本人の希望を尊重し、自宅等におけるこれまでの暮らしを維持できるようにする。食事の時間や嗜好等への対応について、画一的ではなく、個人の習慣や希望を尊重する。 c 排せつは、入所者ごとの排せつリズムを考慮しつつ、プライバシーに配慮したトイレを使用することとし、特に多床室においては、ポータブルトイレの使用を前提とした支援計画を策定してはならない。 d 入浴は、特別浴槽ではなく、一般浴槽での入浴とし、回数やケアの方法についても、個人の習慣や希望を尊重すること。 e 生活全般において、入所者本人や家族と相談し、可能な限り自宅での生活と同様の暮らしを続けられるようにする。 f リハビリテーション及び機能訓練の実施については、本加算において評価をするものではないが、医学的評価に基づき、必要な場合は、入所者本人や家族の希望も確認して施設サービス計画の見直しを行う。 | □ | 実施 | |
| | | 支援計画に基づいたケアを実施する際には、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 | □ | 得ている | |
| | | 医学的評価の結果等の情報をLIFEを用いて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 | □ | 該当 | |
| | | 入所者ごとに、①から③までに定める月の翌月10日までにLIFEへ情報を提出 ① 既入所者:算定開始月+入所時 ② 新規入所者:入所月 ③ 自立支援に係る医学的評価を行った日の属する月(少なくとも6月に1回) | □ | 提出 | |
| | | やむを得ない場合を除き、以下の必要な情報のすべてを提出していること ※別紙様式7「評価日」、「計画作成日」、「現状の評価と支援計画実施による改善の可能性」、「支援実績」 | □ | 提出 | |
| | | 原則として入所者全員に対して実施する | □ | 入所者全員 | |

| 届出状況 | 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | | 根拠・備考 |
|------|------------------------------|---|--------------------------|---------|---|
| □ | 科学的介護推進体制加算 (Ⅰ) 【青957】 | 入所者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の入所者の心身の状況等に係る基本的な情報を、厚生労働省に提出 | <input type="checkbox"/> | 提出 | <ul style="list-style-type: none"> 施設報酬告示1ネ注 大臣基準71の5 入所留意事項第2-5(38) LIFE関連通知第2-1 |
| | | 必要に応じて施設サービス計画を見直すなど、サービスの提供に当たって、前項目に規定する情報その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用 | <input type="checkbox"/> | 該当 | |
| | | 入所者ごとに、①から③までに定める月の翌月10日までにLIFEへ情報を提出 ①既入所者：算定開始月 ②新規入所者：入所月 ③①又は②の月のほか、少なくとも6月ごと ④サービス利用終了月 | <input type="checkbox"/> | 提出 | |
| | | やむを得ない場合を除き、以下の提出の必要な情報をすべて提出していること ※別紙様式2にある「評価日」、「前回評価日」、「障害高齢者の日常生活自立度又は認知症高齢者の日常生活自立度」、「総論(ADL及び在宅復帰の有無等に限る)」、「口腔・栄養」、「認知症(必須項目に限る)」 | <input type="checkbox"/> | 提出 | |
| | | 原則として入所者全員を対象として、入所者ごとに要件を満たした場合に、当該施設の入所者全員に対して算定 | <input type="checkbox"/> | 入所者全員 | |
| | | PDCAサイクルにより質の高いサービスを実施する体制を構築している | <input type="checkbox"/> | 該当 | |
| | | 科学的介護推進体制加算Ⅱを算定していない | <input type="checkbox"/> | 算定していない | |
| □ | 科学的介護推進体制加算 (Ⅱ) | 科学的介護推進体制加算Ⅰの要件を満たしている | <input type="checkbox"/> | 満たす | <ul style="list-style-type: none"> 施設報酬告示1ネ注 大臣基準71の5 入所留意事項第2-5(38) LIFE関連通知第2-1 |
| | | 科学的介護推進体制加算Ⅰを算定していない | <input type="checkbox"/> | 算定していない | |
| | | 加算Ⅰで提出すべき情報に加え、「総論(既往歴及び同居家族等に限る)」に係る情報をやむを得ない場合を除き、すべて提出する | <input type="checkbox"/> | 提出 | |
| □ | 安全対策体制加算 【青958】 | 施設条例第41条第1項に規定する基準に適合 ※安全管理未実施減算の項目参照 | <input type="checkbox"/> | 適合 | <ul style="list-style-type: none"> 施設報酬告示1ナ注 施設基準54の3 入所留意事項第2-5(39) |
| | | 事故発生防止責任者が、安全に係る外部の研修を受けている | <input type="checkbox"/> | 該当 | |
| | | 施設内に安全管理部門を設置し、組織的に安全対策を実施する体制を整備 | <input type="checkbox"/> | 整備 | |
| | | 入所初日に限り算定 | <input type="checkbox"/> | 入所初日のみ | |

| 届出状況 | 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | | 根拠・備考 |
|------|-------------------------------|---|--------------------------|--------|---|
| □ | サービス提供体制強化加算(Ⅰ) 【青959】 | ①又は②のいずれかを満たすこと ①介護職員の総数のうち介護福祉士の数が80%以上 ②介護職員の総数のうち、勤続10年以上の介護福祉士の占める割合が35%以上 | <input type="checkbox"/> | 満たす | ・施設報酬告示1ラ注、大臣基準87(38準用)、 ・通所介護費等の算定方法12号、 ・入所留意事項第2-5(40)、-2(14)準用 ※短期併設の場合、空床利用型は特養本体と一体で算定。併設型は勤務実態等に応じて兼務職員を特養と短期に按分して別々に算定 ※職員割合の算出:常勤換算で前年度(3月を除く)の平均(前年度実績6月未満の新規事業所にあつては届出月の前3月の平均を用い毎月直近) |
| | | 提供する施設サービスの質の向上に資する取組を実施 | <input type="checkbox"/> | 実施 | |
| | | 要件を満たすことを毎年度末に確認し、記録している | <input type="checkbox"/> | 記録している | |
| | | 定員、人員基準に適合 | <input type="checkbox"/> | 適合 | |
| □ | サービス提供体制強化加算(Ⅱ) 【青790,791】 | 介護職員の総数のうち介護福祉士の数が60%以上 | <input type="checkbox"/> | 該当 | 3月間の所定割合を維持) ※介護福祉士資格:前月末日時点で取得 ※直接提供する職員:生活相談員、介護職員、看護職員又は機能訓練指導員 ※勤続年数:前月の末日時点による(同一法人内での他事業所の勤続年数を含める) |
| | | 要件を満たすことを毎年度末に確認し、記録している | <input type="checkbox"/> | 記録している | |
| | | 定員、人員基準に適合 | <input type="checkbox"/> | 適合 | |
| □ | サービス提供体制強化加算(Ⅲ) 【青790,791】 | 以下のいずれかを満たす ①介護職員の総数のうち介護福祉士の数が50%以上 ②看護・介護職員の総数のうち、常勤職員が75%以上 ③入所者に直接処遇する職員のうち、勤続年数7年以上の者が30%以上 | <input type="checkbox"/> | 該当 | |
| | | 要件を満たすことを毎年度末に確認し、記録している | | 記録している | |
| | | 定員、人員基準に適合 | <input type="checkbox"/> | 該当 | |

| 届出状況 | 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | | 根拠・備考 |
|------|-------------------|---|------|-----|---|
| □ | 介護職員処遇改善加算 (Ⅰ) | (1) 介護職員の賃金(退職手当を除く。)の改善(以下「賃金改善」という。)に要する費用の見込額が、加算算定見込額を上回る賃金改善に関する計画を策定し、適切な措置を講じていること。 | □ | 満たす | ・施設報酬告示ム ・大臣基準88 ・留意事項第2-5(41) 処遇改善加算計画書 処遇改善加算届出書 その他添付書類 |
| | | (2) (1)の賃金改善に関する計画、当該計画に係る実施期間及び実施方法等を記載した介護職員処遇改善計画書を作成し、全ての介護職員に周知し、市に届け出ていること。 | □ | 満たす | |
| | | (3) 加算算定額に相当する賃金改善を実施すること。ただし、経営悪化等により事業の継続が困難な場合に、当該事業の継続を図るため賃金水準を見直したときは、その内容を市に届け出ること。 | □ | 満たす | |
| | | (4) 事業年度ごとに介護職員の処遇改善に関する実績を市に報告すること。 | □ | 満たす | |
| | | (5) 算定日が属する月の前12月間において、労働基準法、労働者災害補償保険法、最低賃金法、労働安全衛生法、雇用保険法その他の労働に関する法令に違反し、罰金以上の刑に処せられていないこと。 | □ | 満たす | |
| | | (6) 労働保険料の納付が適正に行われていること。 | □ | 満たす | |
| | | (7)-1 介護職員の任用の際における職責又は職務内容等の要件(介護職員の賃金に関するものを含む。)を定めていること。 | □ | 満たす | |
| | | (7)-2 (7)-1の要件について書面をもって作成し、全ての介護職員に周知していること。 | □ | 満たす | |
| | | (7)-3 介護職員の資質の向上の支援に関する計画を策定し、当該計画に係る研修の実施又は研修の機会を確保していること。 | □ | 満たす | |
| | | (7)-4 (7)-3について、全ての介護職員に周知していること。 | □ | 満たす | |
| | | (7)-5 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ていること。 | □ | 満たす | |
| | | (7)-6 (7)-5の要件について書面をもって作成し、全ての介護職員に周知していること。 | □ | 満たす | |
| | | (8) 平成27年4月から(2)の届出の日の属する月の前月までに実施した介護職員の処遇改善の内容(賃金改善に関するものを除く。)及び当該介護職員の処遇改善に要した費用を全ての介護職員に周知していること。 | □ | 満たす | |
| □ | 介護職員処遇改善加算 (Ⅱ) | (1) (Ⅰ)の算定要件(1)から(6)、(7)-1から(7)-4まで及び(8)に適合すること。 | □ | 満たす | |
| □ | 介護職員処遇改善加算 (Ⅲ) | (1) (Ⅰ)の算定要件(1)から(6)に適合すること。 | □ | 満たす | |
| | | (2) 介護職員の任用の際における職責又は職務内容等の要件(介護職員の賃金に関するものを含む。)を定め、書面をもって作成し、全ての介護職員に周知していること。又は、介護職員の資質の向上の支援に関する計画を策定し、当該計画に係る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していること。 | □ | 満たす | |
| | | (3) 平成20年10月から当該加算(Ⅰ)(2)の届出の日の属する月の前月までに実施した介護職員の処遇改善の内容(賃金改善に関するものを除く。)及び当該介護職員の処遇改善に要した費用を全ての介護職員に周知していること。 | □ | 満たす | |

| 届出状況 | 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | | 根拠・備考 |
|--------------------------|---|---|--------------------------|-----|--|
| <input type="checkbox"/> | 介護職員処遇改善加算(Ⅳ)※経過措置として、令和4年3月31日まで算定可 | (Ⅰ)の算定要件(1)から(6)に適合していること。かつ、(Ⅲ)の算定要件(2)又は(3)のいずれかに適合していること。 | <input type="checkbox"/> | 満たす | |
| <input type="checkbox"/> | 介護職員処遇改善加算(Ⅴ)※経過措置として、令和4年3月31日まで算定可 | (Ⅰ)の算定要件(1)から(6)に適合すること。 | <input type="checkbox"/> | 満たす | |
| <input type="checkbox"/> | 特定処遇改善加算(Ⅰ) | (1) 介護職員その他の職員の賃金改善に要する費用の見込額が、介護職員等特定処遇改善加算の算定見込額を上回る賃金改善に関する計画を策定し、適切な措置を講じていること。 | <input type="checkbox"/> | 該当 | ・施設報酬告示ウ ・大臣基準88の2 ・留意事項第2-5(42) |
| | (1)-1 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440万円以上であること。ただし、介護職員等特定処遇改善加算の算定見込額が少額であることその他の理由により、当該賃金改善が困難である場合はこの限りでないこと。 | <input type="checkbox"/> | 該当 | | |
| | (1)-2 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。 | <input type="checkbox"/> | 該当 | | |
| | (1)-3 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。ただし、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はその限りでないこと。 | <input type="checkbox"/> | 該当 | | |
| | (1)-4 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"/> | 該当 | | |
| | (2) (1)の賃金改善に関する計画、当該計画に係る実施期間及び実施方法その他の当該事業所の職員の処遇改善の計画等を記載した介護職員等特定処遇改善計画書を作成し、全ての職員に周知し、市に届け出ていること。 | <input type="checkbox"/> | 該当 | | |
| | (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を実施すること。ただし、経営の悪化等により事業の継続が困難な場合、当該事業の継続を図るために当該事業所の職員の賃金水準(本加算による賃金改善分を除く。)を見直すことはやむを得ないが、その内容について市に届け出ること。 | <input type="checkbox"/> | 該当 | | |
| | (4) 事業年度ごとに当該事業所の職員の処遇改善に関する実績を市に報告すること。 | <input type="checkbox"/> | 該当 | | |
| | (5) サービス提供体制強化加算(Ⅰ)、(Ⅱ)又は日常生活継続支援加算のいずれかを届け出ていること。 | <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していること。 | <input type="checkbox"/> | 算定 | | |
| | (7) (2)の届出に係る計画の期間中に実施する職員の処遇改善の内容(賃金改善に関するものを除く。)及び当該職員の処遇改善に要した費用を全ての職員に周知していること。 | <input type="checkbox"/> | 該当 | | |
| | (8) (7)の処遇改善の内容等について、インターネットの利用その他の適切な方法により公表していること。 | <input type="checkbox"/> | 公表 | | |
| <input type="checkbox"/> | 特定処遇改善加算(Ⅱ) | 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)(1)から(4)まで及び(6)から(8)までに掲げる基準のいずれにも適合すること。 | <input type="checkbox"/> | 算定 | |