

令和6年度
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

事業所名：

点検年月日： 令和 年 月 日 ()

点検担当者：

301 介護福祉施設サービス

届出状況	算定状況	点検項目	点検事項	点検結果	備考		
有	無	定員超過利用減算	月平均の入所者数が運営規程に定める入所定員を超えている	<input type="checkbox"/> 該当			
			【入所定員40人以下の場合】 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%超	<input type="checkbox"/> 該当			
			【入所定員40人超の場合】 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人超	<input type="checkbox"/> 該当			
			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%超	<input type="checkbox"/> 該当			
有	無	有	無	人員基準欠如減算 (介護職員又は看護職員)	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	<input type="checkbox"/> 該当	
有	無	有	無	人員基準欠如減算 (看護職員)	入所者数30人以下 1人未満	<input type="checkbox"/> 該当	
				入所者数30人超50人以下 2人未満	<input type="checkbox"/> 該当		
				入所者数50人超130人以下 3人未満	<input type="checkbox"/> 該当		
				入所者数130超 3+50又は端数を増すごとに1を加えた数未満	<input type="checkbox"/> 該当		
有	無	有	無	人員基準欠如減算 (常勤看護職員)	看護職員のうち常勤の者を配置していない	<input type="checkbox"/> 該当	
有	無	有	無	人員基準欠如減算 (介護支援専門員)	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（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）していない	<input type="checkbox"/> 該当	

届出状況	算定状況	点検項目	点検事項	点検結果	備考
有・無	有・無	夜勤減算	入所・利用者数25人以下 看護・介護1人未満	<input type="checkbox"/> 該当	
			入所・利用者数26人以上60人以下 看護・介護2人未満	<input type="checkbox"/> 該当	
			入所・利用者数61人以上80人以下 看護・介護3人未満	<input type="checkbox"/> 該当	
			入所・利用者数81人以上100人以下 看護・介護4人未満	<input type="checkbox"/> 該当	
			入所・利用者数101人以上 看護・介護4+25又は端数を増すごとに1を加えた数未満	<input type="checkbox"/> 該当	
			【ユニット型の場合のみ】 2ユニットごとに1以上配置していない	<input type="checkbox"/> 該当	
有・無	有・無	ユニットケア減算	日中常時1名以上の介護又は看護職員を配置していない	<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	<input type="checkbox"/> 該当	
有・無	有・無	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回以上開催していない。または、その結果について、介護職員その他の従業者に周知していない。	<input type="checkbox"/> 該当	
			身体的拘束等の適正化のための指針を整備していない	<input type="checkbox"/> 該当	
			介護職員その他の従業者に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的実施していない	<input type="checkbox"/> 該当	
有・無	有・無	安全管理体制未実施減算	介護老人福祉施設基準第35条第1項に規定する基準を満たしていない	<input type="checkbox"/> 該当	

届出状況	算定状況	点検項目	点検事項	点検結果	備考
有・無	有・無	高齢者虐待防止措置未実施減算	高齢者虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催していない	<input type="checkbox"/> 該当	
			高齢者虐待防止のための指針を整備していない	<input type="checkbox"/> 該当	
			高齢者虐待防止のため定期的な研修（年2回以上）及び新規採用時の研修を実施していない	<input type="checkbox"/> 該当	
			高齢者虐待防止措置を適正に実施するための担当者を置いていない	<input type="checkbox"/> 該当	
有・無	有・無	業務継続計画未策定減算	感染症や非常災害の発生時において、利用者に対するサービス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を策定していない	<input type="checkbox"/> 該当	令和7年3月31日までの間、感染症の予防及びまん延防止のための指針及び非常災害に関する具体的な計画を策定している場合には、減算を適用しない。
			上記計画に従い必要な措置を講じていない	<input type="checkbox"/> 該当	
有・無	有・無	栄養管理に係る減算	指定介護老人福祉施設基準第2条に定める栄養士又は管理栄養士の員数若しくは指定介護老人福祉施設基準第17条の2（指定介護老人福祉施設基準第49条において準用する場合を含む。）に規定する基準を満たしていない	<input type="checkbox"/> 該当	
有・無	有・無	日常生活継続支援加算（Ⅰ）（Ⅱ）	以下のいずれかに該当している a 新規入所者のうち要介護4・5の者が7割以上 b 認知症日常生活自立度Ⅲ以上の者が6割5分以上 c 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入所者の1割5分以上	<input type="checkbox"/> 該当	
			介護福祉士の数 常勤換算で6：1以上配置	<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を算定していない	<input type="checkbox"/> 該当	

届出状況	算定状況	点検項目	点検事項	点検結果	備考
有・無	有・無	テクノロジーの導入 (日常生活継続支援加算関係)	介護福祉士の数 常勤換算で7:1以上配置	<input type="checkbox"/> 該当	
			以下に掲げる介護機器を使用している（aからcは必須） a 見守り機器（すべての居室に設置） b 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（すべての介護職員が使用） c 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 d 移乗支援機器 e 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"/> 該当	
			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所者の身体の状態等の評価を行い、職員の配置の状況等の見直しを行っている	<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ている。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、業務体制を見直している	<input type="checkbox"/> 該当	
			「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」を設置し、3月に1回以上実施している。（テレビ電話装置等を活用して行うことができる）	<input type="checkbox"/> 該当	
			「入居者の安全及びケアの質の確保」に関する事項を実施している a 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 b 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	<input type="checkbox"/> 該当	

届出状況	算定状況	点検項目	点検事項	点検結果	備考
			<p>「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、人員配置の検討等を行っている</p> <p>a ストレスや体調不安等、職員の心身の負担が増えていないかどうか</p> <p>b 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</p> <p>c 休憩時間及び時間外勤務等の状況</p>	<input type="checkbox"/> 該当	
			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ている	<input type="checkbox"/> 該当	
			介護機器のメーカーと連携し、定期的に介護機器の点検を行っている	<input type="checkbox"/> 該当	
			介護機器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っている	<input type="checkbox"/> 該当	
有・無	有・無	看護体制加算（Ⅰ）イ	定員30人以上50人以下	<input type="checkbox"/> 該当	
			常勤看護師1名以上配置	<input type="checkbox"/> 該当	
			定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	
有・無	有・無	看護体制加算（Ⅰ）ロ	経過的小規模介護福祉施設又は定員51人以上	<input type="checkbox"/> 該当	
			常勤看護師1名以上配置	<input type="checkbox"/> 該当	
			定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	
有・無	有・無	看護体制加算（Ⅱ）イ	定員30人以上50人以下	<input type="checkbox"/> 該当	
			看護職員の数 常勤換算で入所者の数が2.5：1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"/> 該当	
			看護職員との連携による24時間の連絡体制を確保	<input type="checkbox"/> 該当	
			定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	
有・無	有・無	看護体制加算（Ⅱ）ロ	経過的小規模介護福祉施設又は定員51人以上	<input type="checkbox"/> 該当	
			看護職員の数 常勤換算で入所者の数が2.5：1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"/> 該当	
			看護職員との連携による24時間の連絡体制を確保	<input type="checkbox"/> 該当	
			定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	

届出状況	算定状況	点検項目	点検事項	点検結果	備考
有・無	有・無	夜勤職員配置加算 (Ⅰ)イ・(Ⅲ)イ	介護福祉施設サービス	<input type="checkbox"/> 該当	
			定員30人以上50人以下	<input type="checkbox"/> 該当	
			夜勤職員基準+1名(テクノロジーの導入が「無」の場合)	<input type="checkbox"/> 該当	
			【(Ⅲ)イの場合のみ】 夜間時間帯を通じて、看護職員又は喀痰吸引等の実施ができる介護職員を配置	<input type="checkbox"/> 該当	
			【(Ⅲ)イの場合のみ】 登録喀痰吸引等事業者として都道府県の登録	<input type="checkbox"/> 該当	
有・無	有・無	夜勤職員配置加算 (Ⅰ)ロ・(Ⅲ)ロ	介護福祉施設サービス	<input type="checkbox"/> 該当	
			経過的小規模介護福祉施設又は定員51人以上	<input type="checkbox"/> 該当	
			夜勤職員基準+1名(テクノロジーの導入が「無」の場合)	<input type="checkbox"/> 該当	
			【(Ⅲ)ロの場合のみ】 夜間時間帯を通じて、看護職員又は喀痰吸引等の実施ができる介護職員を配置	<input type="checkbox"/> 該当	
			【(Ⅲ)ロの場合のみ】 登録喀痰吸引等事業者として都道府県の登録	<input type="checkbox"/> 該当	
有・無	有・無	夜勤職員配置加算 (Ⅱ)イ・(Ⅳ)イ	ユニット型サービス	<input type="checkbox"/> 該当	
			定員30人以上50人以下	<input type="checkbox"/> 該当	
			夜勤職員基準+1名(テクノロジーの導入が「無」の場合)	<input type="checkbox"/> 該当	
			【(Ⅳ)イの場合のみ】 夜間時間帯を通じて、看護職員又は喀痰吸引等の実施ができる介護職員を配置	<input type="checkbox"/> 該当	
			【(Ⅳ)イの場合のみ】 登録喀痰吸引等事業者として都道府県の登録	<input type="checkbox"/> 該当	

届出状況	算定状況	点検項目	点検事項	点検結果	備考
有・無	有・無	夜勤職員配置加算 (Ⅱ)口・(Ⅳ)口	ユニット型サービス	<input type="checkbox"/> 該当	
			経過的小規模介護福祉施設又は定員51人以上	<input type="checkbox"/> 該当	
			夜勤職員基準+1名(テクノロジーの導入が「無」の場合)	<input type="checkbox"/> 該当	
			【(Ⅳ)口の場合のみ】 夜間時間帯を通じて、看護職員又は喀痰吸引等の実施ができる介護職員を配置	<input type="checkbox"/> 該当	
			【(Ⅳ)口の場合のみ】 登録喀痰吸引等事業者として都道府県の登録	<input type="checkbox"/> 該当	
有・無	有・無	テクノロジーの導入 (夜勤職員加算関係) (0.9人配置)	最低基準の数に10分の9を加えた数以上を配置している	<input type="checkbox"/> 該当	
			見守り機器を、当該介護老人福祉施設の入所者の数の10分の1以上の数設置している	<input type="checkbox"/> 該当	
			「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」を設置し、必要な検討等を行っている	<input type="checkbox"/> 該当	
			最低基準の数に10分の6を加えた数以上を配置(※)している。 (※)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	<input type="checkbox"/> 該当	
			利用者が使用するすべての居室に見守り機器を設置している	<input type="checkbox"/> 該当	
			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している	<input type="checkbox"/> 該当	
			「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」を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な検討等を行い、必要事項の実施を定期的に確認している(テレビ電話装置等を活用して行うことができる)	<input type="checkbox"/> 該当	

届出状況	算定状況	点検項目	点検事項	点検結果	備考
有・無	有・無	テクノロジーの導入 (夜勤職員加算関係) (0.6人配置)	<p>「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っている。</p> <p>a 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をやめることはせず、個々の利用者の状態に応じて、個別に定時巡視を行う</p> <p>b 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</p> <p>c 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</p>	<input type="checkbox"/> 該当	
			<p>「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、人員配置の検討等を行っている</p> <p>a 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</p> <p>b 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</p> <p>c 休憩時間及び時間外勤務等の状況</p>	<input type="checkbox"/> 該当	
			<p>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ている。また、見守り機器等のメーカーと連携し、定期的に点検を行っている</p>	<input type="checkbox"/> 該当	
			<p>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っている</p>	<input type="checkbox"/> 該当	
有・無	有・無	準ユニットケア加算	12人を標準とするユニットでケアを実施	<input type="checkbox"/> 該当	
			個室的なしつらえ、準ユニットごとに共同生活室の設置	<input type="checkbox"/> 該当	
			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"/> 該当	
			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"/> 該当	
			準ユニットごとに常勤のユニットリーダー配置	<input type="checkbox"/> 該当	

届出状況	算定状況	点検項目	点検事項	点検結果	備考
有・無	有・無	生活機能向上連携加算 (Ⅰ)	指定訪問リハビリテーション事業所、指定通所リハビリテーション事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設の医師、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"/> 該当	
			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	<input type="checkbox"/> 該当	
			個別機能訓練計画の作成に当たっては、指定訪問リハビリテーション事業所、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医師、理学療法士等は、入所者のADL及びIADLに関する状況を把握した上で、施設の機能訓練指導員等に助言を行っている	<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回算定している	<input type="checkbox"/> 該当	
			個別機能訓練加算を算定していない	<input type="checkbox"/> 該当	
			生活機能向上連携加算(Ⅱ)を算定していない	<input type="checkbox"/> 該当	
有・無	有・無	生活機能向上連携加算 (Ⅱ)	指定訪問リハビリテーション事業所、指定通所リハビリテーション事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設の医師、理学療法士等が施設を訪問している。	<input type="checkbox"/> 該当	
			機能訓練指導員等と共同して入所者ごとに個別機能訓練計画を作成し、当該計画に基づき、計画的に機能訓練を行っている。	<input type="checkbox"/> 該当	
			個別機能訓練加算を算定している場合は100単位	<input type="checkbox"/> 該当	
			生活機能向上連携加算(Ⅰ)を算定していない	<input type="checkbox"/> 該当	

届出状況	算定状況	点検項目	点検事項	点検結果	備考
有・無	有・無	個別機能訓練加算（Ⅰ）	個別機能訓練開始時に利用者へ説明している	<input type="checkbox"/> 該当	
			専ら職務に従事する常勤の理学療法士等を1人以上配置している	<input type="checkbox"/> 該当	
			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している	<input type="checkbox"/> 該当	
			多職種共同による個別機能訓練計画の作成している	<input type="checkbox"/> 該当	
			3月ごとに利用者に対する計画の内容説明、記録している	<input type="checkbox"/> 該当	
			訓練の効果、実施方法等に対する評価している	<input type="checkbox"/> 該当	
			個別機能訓練に関する記録を保管し、閲覧の対応をしている	<input type="checkbox"/> 該当	
有・無	有・無	個別機能訓練加算（Ⅱ）	個別機能訓練加算（Ⅰ）を算定している	<input type="checkbox"/> 該当	
			個別機能訓練計画の内容等の情報を厚生労働省に提出し、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、aからcまでに定める月の翌月10日までにLIFEへ情報を提出している a 新規に個別機能訓練計画の作成を行った日の属する月 b 個別機能訓練計画の変更を行った日の属する月 c a又はbのほか、少なくとも3月に1回	<input type="checkbox"/> 該当	
			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】 「評価日」、「職種」、「ADL」、「IADL」、「起居動作」、 【別紙様式3-3】 「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"/> 該当	

届出状況	算定状況	点検項目	点検事項	点検結果	備考
有・無	有・無	個別機能訓練加算(Ⅲ)	個別機能訓練加算(Ⅱ)を算定している	<input type="checkbox"/> 該当	
			口腔衛生管理加算(Ⅱ)を算定している	<input type="checkbox"/> 該当	
			栄養マネジメント強化加算を算定している	<input type="checkbox"/> 該当	
			入所者ごとに、理学療法士等が、aからdの情報を相互に共有している a 個別機能訓練計画の内容等の情報 b 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 c 入所者の口腔の健康状態に関する情報 d 入所者の栄養状態に関する情報	<input type="checkbox"/> 該当	
			必要に応じて、個別機能訓練計画の見直しを行い、当該見直しの内容について、理学療法士等の関係職種間で共有している	<input type="checkbox"/> 該当	

届出状況	算定状況	点検項目	点検事項	点検結果	備考
有・無	有・無	ADL維持等加算 (I)・(II)共通	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	<input type="checkbox"/> 該当	
			評価対象者全員について、評価対象利用期間の初月（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	<input type="checkbox"/> 該当	
			入所者ごとに、a及びbに定める月の翌月10日までにLIFEへ情報を提出している a 評価対象利用開始月 b 評価対象利用開始月の翌月から起算して6月（※） （※）b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	<input type="checkbox"/> 該当	
			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"/> 該当	
			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"/> 該当	
			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（※）及び下位100分の10に相当する利用者（※）を除く利用者（以下「評価対象利用者」とする。 （※）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	<input type="checkbox"/> 該当	
			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っている	<input type="checkbox"/> 該当	
		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している	<input type="checkbox"/> 該当		
有・無	有・無	ADL維持等加算（I）	評価対象者のADL利得の平均値が1以上	<input type="checkbox"/> 該当	
有・無	有・無	ADL維持等加算（II）	評価対象者のADL利得の平均値が3以上	<input type="checkbox"/> 該当	

届出状況	算定状況	点検項目	点検事項	点検結果	備考
有・無	有・無	若年性認知症入所者受入加算	若年性認知症利用者ごとに個別に担当者を定めている	<input type="checkbox"/> 該当	
			利用者に応じた適切なサービス提供している	<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	
有・無	有・無	常勤専従医師配置	専ら職務に従事する常勤の医師1名以上配置している	<input type="checkbox"/> 該当	
			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している	<input type="checkbox"/> 該当	
有・無	有・無	精神科医師定期的療養指導	認知症入所者が全入所者の1/3以上	<input type="checkbox"/> 該当	
			精神科担当医師が月2回以上定期的に療養指導を実施している	<input type="checkbox"/> 該当	
			常勤専従医師配置加算を算定していない	<input type="checkbox"/> 該当	
			配置医師が精神科を兼ねる場合は月4回までは加算の算定をしていない	<input type="checkbox"/> 該当	
有・無	有・無	障害者生活支援体制加算(Ⅰ)	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内、視覚障害者等である入所者の占める割合が100分の30以上	<input type="checkbox"/> 該当	
			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。(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"/> 該当	
			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"/> 該当	
有・無	有・無	障害者生活支援体制加算(Ⅱ)	入所者の内、視覚障害者等である入所者の占める割合が100分の50以上	<input type="checkbox"/> 該当	
			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(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"/> 該当	
			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"/> 該当	

届出状況	算定状況	点検項目	点検事項	点検結果	備考
	有・無	入院・外泊加算	入院又は外泊をした場合、1月に6日を限度に算定 (1回の入院等が月をまたがる場合は最大12日分まで算定可能)	<input type="checkbox"/> 該当	
			入院又は外泊中の入所者のベッドを短期入所生活介護として活用をしていない	<input type="checkbox"/> 該当	
	有・無	外泊時居宅サービス利用	居宅にて外泊	<input type="checkbox"/> 該当	
			入院・外泊時加算を算定していない	<input type="checkbox"/> 該当	
	有・無	従来型個室に入所していた者の取扱い	平成17年9月30日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	
			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"/> 該当	
	有・無	従来型個室の多床室利用	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	
			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	
	有・無	初期加算	入所した日から起算して30日以内の算定	<input type="checkbox"/> 該当	
			算定期間中、外泊を行っている間は算定していない	<input type="checkbox"/> 該当	
			過去3月以内(自立度判定基準によるⅢ、Ⅳ、Ⅴの場合は1月以内)、当該施設への入所をしていない	<input type="checkbox"/> 該当	
			30日を超える入院後の入所	<input type="checkbox"/> 該当	

届出状況	算定状況	点検項目	点検事項	点検結果	備考
	有・無	退所時栄養情報連携加算	厚生労働大臣が定める特別食を必要とする入所者又は低栄養状態にあると医師が判断した入所者である 【厚生労働大臣が定める特別食】 腎臓病食、肝臓病食、糖尿病食、胃潰瘍食、貧血食、膵臓病食、脂質異常症食、痛風食、嚥下困難者のための流動食、経管栄養のための濃厚流動食及び特別な場合の検査食（単なる流動食及び軟食を除く）	<input type="checkbox"/> 該当	
			病院、診療所又は他の介護保険施設に入院又は入所する場合、当該医療機関等に対して、当該入所者の同意を得た上で、管理栄養士が当該者の栄養管理に関する情報を提供している	<input type="checkbox"/> 該当	
	有・無	再入所時栄養連携加算	定員、人員基準に適合している	<input type="checkbox"/> 該当	
			指定介護老人福祉施設に入所していたものが、医療機関に入院し、当該者について医師が、厚生労働大臣が定める特別食又は嚥下調整食を提供する必要性を認めている 【厚生労働大臣が定める特別食】 腎臓病食、肝臓病食、糖尿病食、胃潰瘍食、貧血食、膵臓病食、脂質異常症食、痛風食、嚥下困難者のための流動食、経管栄養のための濃厚流動食及び特別な場合の検査食（単なる流動食及び軟食を除く）	<input type="checkbox"/> 該当	
			当該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"/> 該当	
			栄養管理に係る減算を算定していない	<input type="checkbox"/> 該当	

届出状況	算定状況	点検項目	点検事項	点検結果	備考
	有・無	退所前訪問相談援助加算	入所期間が1月を超える（見込みを含む）	<input type="checkbox"/> 該当	
			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"/> 該当	
			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"/> 該当	
			相談援助は、他職種共同で行うこと	<input type="checkbox"/> 該当	
			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"/> 該当	
			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"/> 該当	
	有・無	退所後訪問相談援助加算	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"/> 該当	
			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"/> 該当	
			相談援助は、他職種共同で行うこと	<input type="checkbox"/> 該当	
			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"/> 該当	
			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"/> 該当	
	有・無	退所時相談援助加算	入所期間が1月を超える（見込みを含む）	<input type="checkbox"/> 該当	
			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"/> 該当	
			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"/> 該当	
			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"/> 該当	
			相談援助の実施日、内容の記録の整備	<input type="checkbox"/> 該当	
	有・無	退所前連携加算	入所期間が1月を超える（見込みを含む）	<input type="checkbox"/> 該当	
			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"/> 該当	
			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"/> 該当	
			連携を行った日、内容に関する記録の整備	<input type="checkbox"/> 該当	
	有・無	退所時情報提供連携加算	入所者が退所し、医療機関へ入院している	<input type="checkbox"/> 該当	
			当該医療機関に対し、入所者の同意を得て、当該入所者の心身の状況、生活歴等の情報を提供している	<input type="checkbox"/> 該当	
			当該医療機関に対して、入所者を紹介するに当たっては、別紙様式13の文書に必要な事項を記載の上、当該医療機関に交付するとともに、交付した文書の写しを介護記録等に添付している	<input type="checkbox"/> 該当	

届出状況	算定状況	点検項目	点検事項	点検結果	備考
	有・無	協力医療機関連携加算 (1) (2) 共通	協力医療機関との間で、利用者の病歴等の情報を共有する会議を、概ね月1回以上開催している	<input type="checkbox"/> 該当	いずれかに該当
			電子的システムにより協力医療機関において、入所者の情報が随時確認できる体制が確保されている場合で、上記会議を年3回以上開催している	<input type="checkbox"/> 該当	
			上記会議において、協力医療機関と情報を共有することについて、入所者から同意を得ている	<input type="checkbox"/> 該当	
		協力医療機関連携加算 (1)	入所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対応を行う体制を、常時確保している	<input type="checkbox"/> 該当	R6年度中100単位 R7年度以降50単位
			当該施設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を常時確保している	<input type="checkbox"/> 該当	
			入所者の病状が変化した場合等において、入院を要すると認められた入所者等の入院を原則として受け入れる体制を確保している	<input type="checkbox"/> 該当	
		協力医療機関連携加算 (2)	協力医療機関連携加算(1)以外の場合	<input type="checkbox"/> 該当	

届出状況	算定状況	点検項目	点検事項	点検結果	備考
有・無	有・無	栄養マネジメント強化加算	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	<input type="checkbox"/> 該当	
			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 a 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 b a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 c 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	<input type="checkbox"/> 該当	
			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している	<input type="checkbox"/> 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）に提供している	<input type="checkbox"/> 該当	
			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、問題点が見られた場合は、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している	<input type="checkbox"/> 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している	<input type="checkbox"/> 該当	

届出状況	算定状況	点検項目	点検事項	点検結果	備考
			サービスの質の向上を図るため、L I F E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（P l a n）、当該計画に基づく支援の提供（D o）、当該支援内容の評価（C h e c k）、その評価結果を踏まえた当該計画の見直し・改善（A c t i o n）の一連のサイクル（P D C Aサイクル）により、サービスの質の管理を行っている	<input type="checkbox"/> 該当	
			入所者ごとに、aからcまでに定める月の翌月10日までにL I F Eへ情報を提出 a 新規に栄養ケア計画の作成を行った日の属する月 b 栄養ケア計画の変更を行った日の属する月 c a又はbのほか、少なくとも3月に1回	<input type="checkbox"/> 該当	
			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】 「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	<input type="checkbox"/> 該当	
			原則として入所者全員に対して実施している	<input type="checkbox"/> 該当	
			栄養管理未実施減算となっていない	<input type="checkbox"/> 該当	
			定員、人員基準に適合している	<input type="checkbox"/> 該当	
			定員、人員基準に適合している	<input type="checkbox"/> 該当	
			経口による食事摂取のための栄養管理が必要と医師の指示を受けている	<input type="checkbox"/> 該当	
			誤嚥性肺炎防止のための確認を行っている	<input type="checkbox"/> 該当	
			医師、管理栄養士、言語聴覚士等多職種共同で経口移行計画を作成している	<input type="checkbox"/> 該当	
			計画を入所者又は家族に説明し、同意を得ている	<input type="checkbox"/> 該当	
			計画に基づく栄養管理の実施	<input type="checkbox"/> 該当	
			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"/> 該当	
			180日を超える場合、医師の指示を受けている	<input type="checkbox"/> 該当	
			180日を超えて算定する場合、おおむね2週間ごとに医師の指示を受けている	<input type="checkbox"/> 該当	
			栄養管理未実施減算となっていない	<input type="checkbox"/> 該当	
	有・無	経口移行加算	定員、人員基準に適合している	<input type="checkbox"/> 該当	
			経口による食事摂取のための栄養管理が必要と医師の指示を受けている	<input type="checkbox"/> 該当	
			誤嚥性肺炎防止のための確認を行っている	<input type="checkbox"/> 該当	
			医師、管理栄養士、言語聴覚士等多職種共同で経口移行計画を作成している	<input type="checkbox"/> 該当	
			計画を入所者又は家族に説明し、同意を得ている	<input type="checkbox"/> 該当	
			計画に基づく栄養管理の実施	<input type="checkbox"/> 該当	
			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"/> 該当	
			180日を超える場合、医師の指示を受けている	<input type="checkbox"/> 該当	
			180日を超えて算定する場合、おおむね2週間ごとに医師の指示を受けている	<input type="checkbox"/> 該当	
			栄養管理未実施減算となっていない	<input type="checkbox"/> 該当	

届出状況	算定状況	点検項目	点検事項	点検結果	備考
/	有・無	経口維持加算（Ⅰ）	定員，人員基準に適合している	<input type="checkbox"/> 該当	
			著しい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"/> 該当	
			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"/> 該当	
			医師，歯科医師及び管理栄養士等多職種共同で，月1回以上，栄養管理をするための食事の観察及び会議等を行い，経口維持計画を作成している	<input type="checkbox"/> 該当	
			計画を入所者又は家族に説明し，同意を得ている	<input type="checkbox"/> 該当	
			計画に基づく栄養管理を実施している	<input type="checkbox"/> 該当	
			栄養管理未実施減算となっていない	<input type="checkbox"/> 該当	
			経口移行加算を算定していない	<input type="checkbox"/> 該当	
/	有・無	経口維持加算（Ⅱ）	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のいずれか1名以上が関わっている	<input type="checkbox"/> 該当	
			経口維持加算（Ⅰ）を算定している	<input type="checkbox"/> 該当	
/			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を作成している	<input type="checkbox"/> 該当	
			歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が，入所者に対し，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している	<input type="checkbox"/> 該当	

届出状況	算定状況	点検項目	点検事項	点検結果	備考
	有・無	口腔衛生管理加算（Ⅰ）	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ている	<input type="checkbox"/> 該当	
			歯科衛生士が作成した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"/> 該当	※診療報酬の算定方法に掲げる訪問歯科衛生指導料の「注2」に規定する緩和ケアを実施するもの場合は7回以上
			定員、人員基準に適合している	<input type="checkbox"/> 該当	
	有・無	口腔衛生管理加算（Ⅱ）	口腔衛生管理加算（Ⅰ）の要件をすべて満たしている	<input type="checkbox"/> 該当	
			口腔衛生管理加算（Ⅰ）を算定していない	<input type="checkbox"/> 該当	
			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、aからcまでに定める月の翌月10日までにLIFEへ情報を提出 a 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 b 口腔衛生に係る計画の変更を行った日の属する月 c a又はbのほか、少なくとも3月に1回	<input type="checkbox"/> 該当	
			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】 「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"/> 該当	

届出状況	算定状況	点検項目	点検事項	点検結果	備考
有・無	有・無	療養食加算	管理栄養士又は栄養士により食事提供が管理されている	<input type="checkbox"/> 該当	
			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、人員基準に適合している	<input type="checkbox"/> 該当	
			1日につき3回を限度として算定している	<input type="checkbox"/> 該当	
			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"/> 該当	
			療養食の献立を作成している	<input type="checkbox"/> 該当	
/	有・無	特別通院送迎加算	透析を要する入所者について、その家族や病院等による送迎が困難である等やむを得ない事情があるものに対して、1月に12回以上、通院のために送迎を行っている	<input type="checkbox"/> 該当	
			透析以外の目的による通院送迎を行っていない	<input type="checkbox"/> 該当	
有・無	有・無	配置医師緊急時対応加算	配置医師が施設の求めに応じ、早朝、夜間又は深夜に当該施設を訪問して入所者に対し診察を行い、かつ、診療を行った理由を記録している。	<input type="checkbox"/> 該当	
			看護体制加算（Ⅱ）を算定している	<input type="checkbox"/> 該当	
			配置医師の通常の勤務時間外の場合は1回につき325単位	<input type="checkbox"/> 該当	
			早朝又は夜間の場合は1回につき650単位	<input type="checkbox"/> 該当	
			深夜の場合は1回につき1300単位	<input type="checkbox"/> 該当	
			配置医師と施設の間で、緊急時の注意事項や病状等についての情報共有の方法、曜日や時間帯ごとの医師との連携方法や診察を依頼するタイミング等に関する取り決めを事前に定め、1年に1回以上見直しをしている	<input type="checkbox"/> 該当	

届出状況	算定状況	点検項目	点検事項	点検結果	備考
有・無	有・無	看取り介護加算(Ⅰ)	常勤看護師を1名以上配置している	<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	<input type="checkbox"/> 該当	
			多職種共同の上、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	
			看取りに関する職員研修を行っている	<input type="checkbox"/> 該当	
			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	
			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をしている	<input type="checkbox"/> 該当	
			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"/> 該当	
			医師、生活相談員、看護職員、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、合意(口頭で得た場合は、介護記録に説明日時、内容等および合意を得た旨を記載)を得ている	<input type="checkbox"/> 該当	
			P D C A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あたり、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	
			当該加算は死亡月にまとめて算定することから、施設に入所していない月についても自己負担請求など一部負担請求を行う場合があることを説明し、文書にて同意を得ている	<input type="checkbox"/> 該当	
			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"/> 該当	
			(1) 死亡日以前31日以上45日以内 1日につき72単位	<input type="checkbox"/> 該当	
(2) 死亡日以前4日以上30日以内 1日につき144単位	<input type="checkbox"/> 該当				
(3) 死亡日の前日及び前々日 1日につき680単位 加算(Ⅱ)の場合は780単位	<input type="checkbox"/> 該当				
(4) 死亡日 1日につき1280単位 加算(Ⅱ)の場合は1580単位	<input type="checkbox"/> 該当				
有・無	有・無	看取り介護加算(Ⅱ)	看取り介護加算(Ⅰ)の要件をすべて満たしている	<input type="checkbox"/> 該当	
			配置医師緊急時対応加算の施設基準に該当している	<input type="checkbox"/> 該当	
			当該入所者が当該施設内で死亡している	<input type="checkbox"/> 該当	

届出状況	算定状況	点検項目	点検事項	点検結果	備考
	有・無	在宅復帰支援機能加算	算定日の属する月の前6月間の退所者（在宅・入所相互利用加算対象者を除く）総数のうち在宅で介護を受けることとなった者（入所期間1月超）の割合が2割超	<input type="checkbox"/> 該当	
			退所日から30日以内に居宅を訪問し、在宅生活が1月以上継続することを確認し、記録している	<input type="checkbox"/> 該当	
			入所者の家族との連絡調整を実施している	<input type="checkbox"/> 該当	
			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を実施している	<input type="checkbox"/> 該当	
			算定根拠等の関係書類を整備している	<input type="checkbox"/> 該当	
有・無	有・無	在宅・入所相互利用加算	あらかじめ在宅期間、入所期間を定め、文書による合意を得ている	<input type="checkbox"/> 該当	
			介護に関する目標、方針等について利用者等へ説明し、合意を得ている	<input type="checkbox"/> 該当	
			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をつくっている	<input type="checkbox"/> 該当	
			おおむね月に1回のカンファレンスを実施し、記録している	<input type="checkbox"/> 該当	

届出状況	算定状況	点検項目	点検事項	点検結果	備考
有・無	有・無	認知症専門ケア加算共通	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	
			専門的な研修終了者を、施設における対象者の数が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	
			認知症チームケア推進加算（Ⅰ）または（Ⅱ）を算定していない	<input type="checkbox"/> 該当	
有・無	有・無	認知症専門ケア加算（Ⅰ）	認知症専門ケア加算（Ⅱ）を算定していない	<input type="checkbox"/> 該当	
有・無	有・無	認知症専門ケア加算（Ⅱ）	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、看護職員毎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	
			認知症専門ケア加算（Ⅰ）を算定していない	<input type="checkbox"/> 該当	
有・無	有・無	認知症チームケア推進加算共通	日常生活自立度のランクⅡ、Ⅲ、Ⅳ又はⅢに該当する入所者（以下、「対象者」という。）について算定している	<input type="checkbox"/> 該当	
			事業所における利用者の総数のうち、対象者の占める割合が2分の1以上である	<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	<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	<input type="checkbox"/> 該当	
			認知症専門ケア加算（Ⅰ）または（Ⅱ）を算定していない	<input type="checkbox"/> 該当	
有・無	有・無	認知症チームケア推進加算（Ⅰ）	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	<input type="checkbox"/> 該当	「認知症介護指導者養成研修」を修了し、かつ、「認知症チームケア推進研修」を修了した者を指す。
			認知症チームケア推進加算（Ⅱ）を算定していない	<input type="checkbox"/> 該当	
有・無	有・無	認知症チームケア推進加算（Ⅱ）	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	<input type="checkbox"/> 該当	「認知症介護実践リーダー研修」を修了し、かつ、「認知症チームケア推進研修」を修了した者を指す。
			認知症チームケア推進加算（Ⅰ）を算定していない	<input type="checkbox"/> 該当	

届出状況	算定状況	点検項目	点検事項	点検結果	備考
	有・無	認知症行動・心理症状緊急 対応加算	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	
			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	<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	<input type="checkbox"/> 該当	
			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	<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及び短期利用地域密着型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。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	<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している	<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）を算定していない	<input type="checkbox"/> 該当				

届出状況	算定状況	点検項目	点検事項	点検結果	備考
有・無	有・無	褥瘡マネジメント加算 (Ⅰ)	入所者ごとに褥瘡の発生と関連のあるリスクについて、施設入所時に評価している	<input type="checkbox"/> 該当	
			評価は少なくとも3月に1回行い、褥瘡ケア計画を見直している	<input type="checkbox"/> 該当	
			評価の結果、褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者ごとに、医師、看護師、介護職員、管理栄養士、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、褥瘡管理に関する褥瘡ケア計画を作成している	<input type="checkbox"/> 該当	
			褥瘡ケア計画に従い褥瘡管理を実施するとともに、その管理の内容や入所者の状態について定期的に記録している	<input type="checkbox"/> 該当	
			評価結果等の情報を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している	<input type="checkbox"/> 該当	
			入所者ごとに、aからcまでに定める月の翌月10日までにLIFEへ情報を提出している a 既入所者：算定開始月+施設入所時 b 新規入所者：入所月 c 評価を行った月（少なくとも3月に1回）	<input type="checkbox"/> 該当	
			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】 「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"/> 該当	
		褥瘡マネジメント加算(Ⅱ)を算定していない	<input type="checkbox"/> 該当		
有・無	有・無	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"/> 該当	
			褥瘡マネジメント加算(Ⅰ)を算定していない	<input type="checkbox"/> 該当	
			次のいずれかに適合すること a 施設入所時の確認の結果、褥瘡が認められた入所者について当該褥瘡が治癒している b 施設入所時の評価の結果、褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者について、褥瘡の発生がない	<input type="checkbox"/> 該当	
			入所日の属する月は(Ⅰ)を算定している	<input type="checkbox"/> 該当	

届出状況	算定状況	点検項目	点検事項	点検結果	備考
有・無	有・無	排せつ支援加算（I）	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3月に1回評価している	<input type="checkbox"/> 該当	
			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としている	<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している	<input type="checkbox"/> 該当	
			当該支援計画に基づく支援を継続して実施している	<input type="checkbox"/> 該当	
			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"/> 該当	
			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している	<input type="checkbox"/> 該当	
			入所者ごとに、aからcまでに定める月の翌月10日までにLIFEへ情報を提出している a 既入所者：算定開始月＋入所時 b 新規入所者：入所月 c 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3月に1回）	<input type="checkbox"/> 該当	
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"/> 該当				

届出状況	算定状況	点検項目	点検事項	点検結果	備考
有・無	有・無	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"/> 該当	
			排せつ支援加算(Ⅰ), (Ⅲ)のいずれも算定していない	<input type="checkbox"/> 該当	
			次のいずれかに適合すること a 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。 b 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。 c 評価の結果, 施設入所時に尿道カテーテルが留置され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, 尿道カテーテルが抜去されたこと	<input type="checkbox"/> 該当	
有・無	有・無	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"/> 該当	
			排せつ支援加算(Ⅰ), (Ⅱ)のいずれも算定していない	<input type="checkbox"/> 該当	
			次のいずれにも適合すること a 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。 b 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"/> 該当	
			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3月に1回医学的評価の見直しを行っている	<input type="checkbox"/> 該当	
			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している	<input type="checkbox"/> 該当	
			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っている 見直しの際には, 支援計画に実施上にあつた課題(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っている。	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 該当	

届出状況	算定状況	点検項目	点検事項	点検結果	備考
有	無	自立支援促進加算	<p>当該支援計画の各項目は原則として以下のとおり実施している。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している</p> <ul style="list-style-type: none"> 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している 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、本人が長年親しんだ食器や箸を施設に持ち込み使用する等、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している 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いない 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している 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している 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っている g 入所者の社会参加につなげるために、入所者と地域住民等とが交流する機会を定期的に設ける等、地域や社会とのつながりを維持する 	<input type="checkbox"/> 該当	
			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	<input type="checkbox"/> 該当	
			医学的評価の結果等の情報をL I F E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している	<input type="checkbox"/> 該当	
			<p>入所者ごとに、a から c までに定める月の翌月10日までにL I F Eへ情報を提出している</p> <ul style="list-style-type: none"> a 既入所者：算定開始月＋入所時 b 新規入所者：入所月 c 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3月に1回） 	<input type="checkbox"/> 該当	
			<p>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</p> <p>【別紙様式7】</p> <p>「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」</p>	<input type="checkbox"/> 該当	
			原則として入所者全員に対して実施している	<input type="checkbox"/> 該当	

届出状況	算定状況	点検項目	点検事項	点検結果	備考
有・無	有・無	科学的介護推進体制加算 (Ⅰ)	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、厚生労働省に提出している	<input type="checkbox"/> 該当	
			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している	<input type="checkbox"/> 該当	
			入所者ごとに、aからdまでに定める月の翌月10日までにLIFEへ情報を提出している a 既入所者：算定開始月 b 新規入所者：入所月 c a又はbの月のほか、少なくとも3月ごと d サービス利用終了月	<input type="checkbox"/> 該当	
			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 【別紙様式2】 「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"/> 該当	
			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している	<input type="checkbox"/> 該当	
			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"/> 該当	
有・無	有・無	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"/> 該当	
			科学的介護推進体制加算（Ⅰ）を算定していない	<input type="checkbox"/> 該当	
			科学的介護推進体制加算（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、すべて提出している	<input type="checkbox"/> 該当	

届出状況	算定状況	点検項目	点検事項	点検結果	備考
有・無	有・無	安全対策体制加算	指定介護老人福祉施設基準第35条第1項に規定する基準に適合している	<input type="checkbox"/> 該当	
			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している	<input type="checkbox"/> 該当	
			入所初日に限り算定している	<input type="checkbox"/> 該当	
有・無	有・無	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	<input type="checkbox"/> 該当	
			協力医療機関等との間で感染症（新興感染症を除く。）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	<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	<input type="checkbox"/> 該当	医療機関の、院内感染対策に関するカンファレンスや職員向け研修、地域の医師会が定期的に主催する院内感染対策に関するカンファレンスを対象とする。
有・無	有・無	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、施設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	<input type="checkbox"/> 該当	
/	有・無	新興感染症等施設療養費	別に厚生労働大臣が定める感染症に入所者が感染した場合、相談対応、診療、入院調整等を行う医療機関を確保している	<input type="checkbox"/> 該当	
			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ている	<input type="checkbox"/> 該当	
			1月に1回、連続する5日を限度として算定している	<input type="checkbox"/> 該当	

届出状況	算定状況	点検項目	点検事項	点検結果	備考
有・無	有・無	生産性向上推進体制加算共通	<p>(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に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</p> <p>(一) 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」）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</p> <p>(二) 職員の負担の軽減及び勤務状況への配慮</p> <p>(三) 介護機器の定期的な点検</p> <p>(四) 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</p>	<input type="checkbox"/> 該当	委員会は3月に1回以上開催すること。
有・無	有・無	生産性向上推進体制加算(I)	<p>(2) 上記の取組及び介護機器の活用による業務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</p>	<input type="checkbox"/> 該当	
			<p>(3) 介護機器を複数種類活用している</p> <p>※以下の介護機器をすべて使用している</p> <ul style="list-style-type: none"> ・見守り機器【すべての居室に設置している】 ・インカム等【同一の時間帯に勤務する全ての介護職員が使用している。】 ・介護記録作成の効率化に資するICT機器【複数の機器の連携も含め、データの入力から記録・保存・活用までを一体的に支援するものに限る】 	<input type="checkbox"/> 該当	
			<p>(4) 当該委員会において、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、必要な取り組みを実施し、及び当該取組の実施を定期的に確認している。</p>	<input type="checkbox"/> 該当	
			<p>(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。</p>	<input type="checkbox"/> 該当	
有・無	有・無	生産性向上推進体制加算(II)	<p>(2) 介護機器を活用している</p> <p>※以下の介護機器のうち、1つ以上を使用している</p> <ul style="list-style-type: none"> ・見守り機器 ・インカム等【同一の時間帯に勤務する全ての介護職員が使用している。】 ・介護記録作成の効率化に資するICT機器【複数の機器の連携も含め、データの入力から記録・保存・活用までを一体的に支援するものに限る】 	<input type="checkbox"/> 該当	
			<p>(3) 事業年度ごとに(1)及び(2)の取組に関する実績を厚生労働省に報告している</p>	<input type="checkbox"/> 該当	

届出状況	算定状況	点検項目	点検事項	点検結果	備考
有・無	有・無	サービス提供体制強化加算 (Ⅰ)	a 又は b のいずれかを満たすこと a 介護職員の総数のうち介護福祉士の数が80%以上 b 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"/> 該当	
			提供する施設サービスの質の向上に資する取組を実施している	<input type="checkbox"/> 該当	
			定員、人員基準に適合している	<input type="checkbox"/> 該当	
有・無	有・無	サービス提供体制強化加算 (Ⅱ)	介護職員の総数のうち介護福祉士の数が60%以上	<input type="checkbox"/> 該当	
			定員、人員基準に適合している	<input type="checkbox"/> 該当	
有・無	有・無	サービス提供体制強化加算 (Ⅲ)	以下のいずれかを満たす a 介護職員の総数のうち介護福祉士の数が50%以上 b 看護・介護職員の総数のうち、常勤職員が75%以上 c 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	
			定員、人員基準に適合している	<input type="checkbox"/> 該当	

届出状況	算定状況	点検項目	点検事項	点検結果	備考
有・無	有・無	介護職員等処遇改善加算 (I)	次に掲げる基準のいずれにも適合すること	<input type="checkbox"/> 該当	
			1 介護職員処遇改善加算の算定額を上回る介護職員の賃金改善を実施すること	<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を記載した介護職員処遇改善計画書を作成し、市に届け出ていること	<input type="checkbox"/> 該当	
			3 次に掲げる基準のいずれにも適合すること	<input type="checkbox"/> 該当	
			(1) 【月額賃金改善要件Ⅰ】 加算Ⅳの加算額の2分の1以上に相当する額以上を、基本給又は毎月支払われる手当（以下「基本給等」という。）の改善に充てている	<input type="checkbox"/> 該当	旧ベースアップ等加算未算定の場合のみ適用
			(2) 【月額賃金改善要件Ⅱ】 令和6年5月31日時点で、旧処遇改善加算を算定し、かつ、旧ベースアップ等加算を算定していない事業所が、令和8年3月31日までに新規に加算ⅠからⅣまでのいずれかを算定する場合は、仮に旧ベースアップ等加算を算定する場合に見込まれる加算額の3分の2以上の基本給等の引上げを実施している	<input type="checkbox"/> 該当	旧ベースアップ等加算未算定の場合のみ適用
			(3) 【キャリアパス要件Ⅰ】（任用要件・賃金体系の整備等） 次に掲げる要件の全てに適合すること ア 介護職員の任用の際における職位、職責又は職務内容等の要件を定めていること イ アに掲げる職位、職責又は職務内容等に応じた賃金体系について定めていること ウ ア及びイの内容について就業規則等の明確な根拠規定を書面で整備し、全ての介護職員に周知していること	<input type="checkbox"/> 該当	令和6年度中は年度内に対応することの誓約で可
			(4) 【キャリアパス要件Ⅱ】（研修の実施等） 次に掲げる要件の全てに適合すること ア 介護職員の資質向上又は資格取得のため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。 イ アについて、全ての介護職員に周知していること。	<input type="checkbox"/> 該当	令和6年度中は年度内に対応することの誓約で可
			(5) 【キャリアパス要件Ⅲ】（昇給の仕組みの整備等） 次に掲げる要件の全てに適合すること ア 介護職員の経験若しくは資格等に応じて昇給する仕組み又は一定の基準に基づき定期に昇給を判定する仕組みを設けていること イ アの内容について就業規則等の明確な根拠規定を書面で整備し、全ての介護職員に周知していること	<input type="checkbox"/> 該当	令和6年度中は年度内に対応することの誓約で可
(6) 【キャリアパス要件Ⅳ】（改善後の年額賃金要件） 「経験・技能のある介護職員」のうち1人以上は、賃金改善後の賃金の見込み額が年額440万円以上であること（加算等による賃金改善以前の賃金が年額440万円以上の者を除く）	<input type="checkbox"/> 該当	令和6年度は月額8万円の改善で可			

届出状況	算定状況	点検項目	点検事項	点検結果	備考
			<p>(7) 【キャリアパス要件V】 (介護福祉士の配置等要件) サービス類型ごとに以下の届出を行っていること</p> <ul style="list-style-type: none"> ・介護老人保健施設、介護医療院、(介護予防)認知症対応型共同生活介護、(介護予防)通所リハビリテーション サービス提供体制強化加算Ⅰ又はⅡを算定していること ・介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設 サービス提供体制強化加算Ⅰ又はⅡを算定している、若しくは日常生活継続支援加算Ⅰ又はⅡを算定していること ・(介護予防)特定施設入居者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護 サービス提供体制強化加算Ⅰ又はⅡを算定している、若しくは入居継続支援加算Ⅰ又はⅡを算定していること ・(介護予防)短期入所生活介護、(介護予防)短期入所療養介護 サービス提供体制強化加算Ⅰ又はⅡを算定していること、若しくは本体施設において旧特定加算Ⅰ又は加算Ⅰの届出があること 	□ 該当	
			<p>(8) 【職場環境等要件】 届出に係る計画の期間中に実施する処遇改善(賃金改善を除く)の内容を全ての介護職員に周知していること</p>	□ 該当	令和6年度は旧3加算の要件を継続
			4 事業年度ごとに介護職員処遇改善実績報告書を作成し、市に提出していること	□ 該当	
			5 賃金改善を行う方法等について計画書を用いて職員に周知するとともに、就業規則等の内容についても職員に周知すること	□ 該当	
			6 労働基準法等を遵守すること	□ 該当	
有・無	有・無	介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)	加算(Ⅰ)の1から2、4から6に加え、3(1)から(6)及び(8)の要件をすべて満たすこと	□ 該当	
有・無	有・無	介護職員等処遇改善加算(Ⅲ)	加算(Ⅰ)の1から2、4から6に加え、3(1)から(5)及び(8)の要件をすべて満たすこと	□ 該当	
有・無	有・無	介護職員等処遇改善加算(Ⅳ)	加算(Ⅰ)の1から2、4から6に加え、3(1)から(4)及び(8)の要件をすべて満たすこと	□ 該当	
有・無	有・無	介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(1)～(14)	令和6年5月31日時点で算定していた加算に応じて定められた各要件を満たすこと	□ 該当	令和6年度中の経過措置