

## 110 特定施設入居者生活介護費

| 点検項目           | 点検事項                                                                                                                       | 点検結果                        |                                                                                |
|----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| 人員基準減算         |                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> 該当 |                                                                                |
| 身体拘束廃止未実施減算    | 身体拘束等を行う場合の記録を行っていない。                                                                                                      | <input type="checkbox"/> 該当 |                                                                                |
|                | 身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を3月ごとに開催していない。                                                                                     | <input type="checkbox"/> 該当 |                                                                                |
|                | 身体的拘束等の適正化のための指針を整備していない。                                                                                                  | <input type="checkbox"/> 該当 |                                                                                |
|                | 介護職員その他の従業者に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的の実施していない。                                                                               | <input type="checkbox"/> 該当 |                                                                                |
| 高齢者虐待防止措置実施の有無 | 次にあげるすべての高齢者虐待防止に関する事項を運営基準に規定し、措置を講じていること                                                                                 | <input type="checkbox"/> 該当 |                                                                                |
|                | 高齢者虐待防止のための対策を検討する委員会の定期的な開催                                                                                               | <input type="checkbox"/> 該当 |                                                                                |
|                | 高齢者虐待防止のための指針を整備                                                                                                           | <input type="checkbox"/> 該当 |                                                                                |
|                | 高齢者虐待防止のための年1回以上の研修を実施                                                                                                     | <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の選定                                                                                                 | <input type="checkbox"/> 該当 |                                                                                |
| 業務継続計画策定の有無    | 運営基準に規定する業務継続計画の策定等の措置を講じていること                                                                                             | <input type="checkbox"/> あり | 業務継続計画の策定                                                                      |
| 入居継続支援加算（Ⅰ）    | (1)又は(2)のいずれかに該当                                                                                                           | <input type="checkbox"/> 該当 |                                                                                |
|                | (1)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（※1）を必要とする者の占める割合が利用者の100分15以上                                                              | <input type="checkbox"/> 該当 | ※1<br>①口腔内の喀痰吸引<br>②鼻腔内の喀痰吸引<br>③気管カニューレ内部の喀痰吸引<br>④胃ろう又は腸ろうによる経管栄養<br>⑤経鼻経管栄養 |
|                | (2)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（※1）を必要とする者及び次のいずれかに該当する状態（※2）の者の占める割合が入居者の100分の15以上であり、かつ、常勤の看護師を1名以上配置し、看護に係る責任者を定めていること。 | <input type="checkbox"/> 該当 | ※2<br>①尿道カテーテル留置を実施している状態<br>②在宅酸素療法を実施している状態<br>③インスリン注射を実施している状態             |
|                | (3)又は(4)のいずれかに該当                                                                                                           | <input type="checkbox"/> 該当 |                                                                                |
|                | (3)介護福祉士の数が常勤換算で入居者の数が6又はその端数を増すごとに1以上                                                                                     | <input type="checkbox"/> 配置 |                                                                                |
|                | (4)介護福祉士の数が常勤換算で入居者の数が7又はその端数を増すごとに1以上の場合次の（一）、（二）及び（三）のいずれにも適合すること                                                        | <input type="checkbox"/> 該当 |                                                                                |
|                | （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」という。）を複数種類使用していること                                                                 | <input type="checkbox"/> 該当 |                                                                                |

| 点検項目 | 点検事項                                                                                                                                                                                                                             | 点検結果                        |  |
|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|--|
|      | (二) 介護機器の使用に当たり、介護職員、看護職員、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、アセスメント及び入居者の身体の状態等の評価を行い、職員の配置の状態等の見直しを行っていること                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
|      | (三) 介護機器を活用する際の安全体制及びケアの質の確保並びに職員の負担軽減に関する、①入居者の安全及びケアの質の確保、② 職員の負担の軽減及び勤務状況への配慮、③介護機器の定期的な点検、④介護機器を安全かつ有効に活用するための職員研修を実施し、かつ、介護機器を安全かつ有効に活用するための委員会を設置し、介護職員、看護職員、介護支援専門員その他の職種の者と共同して、当該委員会において必要な検討等を行い、及び当該事項の実施を定期的に確認すること。 | <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 |  |
|      | 入居継続支援加算（Ⅱ）を算定していない                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 該当 |  |

| 点検項目        | 点検事項                                                                                                                                                                                                                           | 点検結果                        |                                                                                |
|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| 入居継続支援加算（Ⅱ） | (1)又は(2)のいずれかに該当                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> 該当 |                                                                                |
|             | (1)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（※1）を必要とする者の占める割合が利用者の100分5以上                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> 該当 | ※1<br>①口腔内の喀痰吸引<br>②鼻腔内の喀痰吸引<br>③気管カニューレ内部の喀痰吸引<br>④胃ろう又は腸ろうによる経管栄養<br>⑤経鼻経管栄養 |
|             | (2)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（※1）を必要とする者及び次のいずれかに該当する状態（※2）の者の占める割合が入居者の100分の5以上であり、かつ、常勤の看護師を1名以上配置し、看護に係る責任者を定めていること。                                                                                                      | <input type="checkbox"/> 該当 | ※2<br>①尿道カテーテル留置を実施している状態<br>②在宅酸素療法を実施している状態<br>③インスリン注射を実施している状態             |
|             | (3)又は(4)のいずれかに該当                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> 該当 |                                                                                |
|             | (3)介護福祉士の数が常勤換算で入居者の数が6又はその端数を増すごとに1以上                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> 配置 |                                                                                |
|             | (4)介護福祉士の数が常勤換算で入居者の数が7又はその端数を増すごとに1以上の場合次の（一）、（二）及び（三）のいずれにも適合すること                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> 該当 |                                                                                |
|             | （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」という。）を複数種類使用していること                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> 該当 |                                                                                |
|             | （二）介護機器の使用に当たり、介護職員、看護職員、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、アセスメント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 |                                                                                |
|             | （三）介護機器を活用する際の安全体制及びケアの質の確保並びに職員の負担軽減に関する、①入居者の安全及びケアの質の確保、②職員の負担の軽減及び勤務状況への配慮、③介護機器の定期的な点検、④介護機器を安全かつ有効に活用するための職員研修を実施し、かつ、介護機器を安全かつ有効に活用するための委員会を設置し、介護職員、看護職員、介護支援専門員その他の職種の者と共同して、当該委員会において必要な検討等を行い、及び当該事項の実施を定期的に確認すること。 | <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 |                                                                                |
|             | 入居継続支援加算（Ⅰ）を算定していない                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> 該当 |                                                                                |

| 点検項目              | 点検事項                                                                                                                                                                                                           | 点検結果    |          |
|-------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|----------|
| 生活機能向上連携加算<br>(Ⅰ) | (1) 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（以下当該加算において「理学療法士等」という。）の助言に基づき、当該施設の機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者（以下「機能訓練指導員等」という。）が共同して利用者の身体の状態等の評価及び個別機能訓練計画の作成を行っている | □<br>実施 | 個別機能訓練計画 |
|                   | (2) 個別機能訓練計画に基づき、利用者の身体機能又は生活機能向上を目的とする機能訓練の項目を準備し、機能訓練指導員等が、利用者の心身の状態に応じた機能訓練を適切に提供                                                                                                                           | □<br>実施 |          |
|                   | (3) (1)の評価に基づき、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、利用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。                                                                                                    | □<br>実施 |          |
|                   | 個別機能訓練計画に基づき個別機能訓練を提供した初回の月に限り、算定。なお、理学療法士等の助言に基づき個別機能訓練計画を見直した場合には、本加算を再度算定することは可能。（利用者の急性憎悪等により個別機能訓練計画を見直した場合を除き、当該月の翌月及び翌々月は本加算を算定しない。）                                                                    | □<br>該当 |          |
| 生活機能向上連携加算<br>(Ⅱ) | (1) 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等が、当該施設を訪問し、当該施設の機能訓練指導員等が共同して、利用者の身体の状態等の評価及び個別機能訓練計画の作成を行っている。                                                                            | □<br>実施 | 個別機能訓練計画 |
|                   | (2) 個別機能訓練計画に基づき、利用者の身体機能又は生活機能向上を目的とする機能訓練の項目を準備し、機能訓練指導員等が、利用者の心身の状態に応じた機能訓練を適切に提供                                                                                                                           | □<br>実施 |          |
|                   | (3) (1)の評価に基づき、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、利用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。                                                                                                    | □<br>実施 |          |

| 点検項目          | 点検事項                                                                                                    | 点検結果                        |                   |
|---------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------|
| 個別機能訓練加算（Ⅰ）   | 専ら機能訓練指導員の職務に従事する常勤の理学療法士等を1人以上配置                                                                       | <input type="checkbox"/> 該当 |                   |
|               | 利用者が100人超の場合、利用者の数を100で除した数以上機能訓練指導員を配置                                                                 | <input type="checkbox"/> 該当 |                   |
|               | 機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同による利用者ごとに個別機能訓練計画を作成                                                  | <input type="checkbox"/> 該当 | 個別機能訓練計画          |
|               | 開始時における利用者に対する計画の内容説明                                                                                   | <input type="checkbox"/> 実施 |                   |
|               | 3月ごとに1回以上利用者に対する計画の内容説明、記録                                                                              | <input type="checkbox"/> 実施 |                   |
|               | 訓練の効果、実施方法等に対する評価                                                                                       | <input type="checkbox"/> あり |                   |
|               | 個別機能訓練に関する記録の保管、閲覧への対応                                                                                  | <input type="checkbox"/> あり | 実施時間、訓練内容、担当者等の記録 |
| 個別機能訓練加算（Ⅱ）   | 個別機能訓練加算（Ⅰ）を算定                                                                                          | <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た場合                            | <input type="checkbox"/> 該当 |                   |
| A D L維持等加算（Ⅰ） | 評価対象者（当該施設の利用期間（評価対象利用期間）が6月を超える者）の総数が10人以上                                                             | <input type="checkbox"/> 該当 |                   |
|               | 評価対象者全員について、評価対象期間利用者の初月と当該月の翌月から起算して6月目において、ADLを評価し、その評価に基づく値（ADL値）を測定し、測定した日が属する月ごとに厚生労働省（LIFE）に測定を提出 | <input type="checkbox"/> 実施 |                   |
|               | 評価対象者の評価対象利用開始月の翌月から起算して6月目の月に測定したADL値から評価対象利用開始月に測定したADL値を控除して得た値を用いて一定の基準に基づき算定した値の平均値が1以上            | <input type="checkbox"/> 該当 |                   |

| 点検項目          | 点検事項                                                                                                    | 点検結果                        |                     |
|---------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|---------------------|
| ADL維持等加算（Ⅱ）   | 評価対象者（当該施設の利用期間（評価対象利用期間）が6月を超える者）の総数が10人以上                                                             | <input type="checkbox"/> 該当 |                     |
|               | 評価対象者全員について、評価対象期間利用者の初月と当該月の翌月から起算して6月目において、ADLを評価し、その評価に基づく値（ADL値）を測定し、測定した日が属する月ごとに厚生労働省（LIFE）に測定を提出 | <input type="checkbox"/> 実施 |                     |
|               | 評価対象者の評価対象利用開始月の翌月から起算して6月目の月に測定したADL値から評価対象利用開始月に測定したADL値を控除して得た値を用いて一定の基準に基づき算定した値の平均値が3以上            | <input type="checkbox"/> 該当 |                     |
| 夜間看護体制加算（Ⅰ）   | 常勤の看護師を1名以上配置し、看護責任者を定めている                                                                              | <input type="checkbox"/> 配置 |                     |
|               | 夜勤又は宿直を行う看護職員の数1名以上であって、かつ、必要に応じて健康上の管理を行う体制を整備している                                                     | <input type="checkbox"/> あり |                     |
|               | 重度化した場合における対応の指針                                                                                        | <input type="checkbox"/> あり | 重度化対応のための指針         |
|               | 入居の際に利用者等に対する指針の説明、同意                                                                                   | <input type="checkbox"/> あり |                     |
| 夜間看護体制加算（Ⅱ）   | 常勤の看護師を1名以上配置し、看護責任者を定めている                                                                              | <input type="checkbox"/> 配置 |                     |
|               | 重度化した場合における対応の指針                                                                                        | <input type="checkbox"/> あり | 重度化対応のための指針         |
|               | 入居の際に利用者等に対する指針の説明、同意                                                                                   | <input type="checkbox"/> あり |                     |
|               | 看護職員、又は病院若しくは診療所若しくは指定訪問看護ステーションとの連携により、利用者に対して、24時間連絡できる体制を確保し、かつ、必要に応じて健康上の管理を行う体制を確保している             | <input type="checkbox"/> あり | 夜間連絡・対応体制の指針、マニュアル等 |
| 若年性認知症入居者受入加算 | 若年性認知症利用者ごとに個別に担当者定める                                                                                   | <input type="checkbox"/> 該当 |                     |
|               | 利用者に応じた適切なサービス提供                                                                                        | <input type="checkbox"/> 実施 |                     |
|               | 看護職員が前回情報提供日から次回情報提供日までの間で、利用者毎に健康状況を随時記録                                                               | <input type="checkbox"/> あり |                     |
|               | 利用者の同意                                                                                                  | <input type="checkbox"/> あり |                     |
|               | 協力医療機関等から情報提供の受領の確認を得ている                                                                                | <input type="checkbox"/> あり |                     |
|               | 協力医療機関等と提供する情報内容を定めている                                                                                  | <input type="checkbox"/> あり |                     |

| 点検項目           | 点検事項                                                                                                                                     | 点検結果                        |          |
|----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|----------|
| 協力医療機関連携加算     | 協力医療機関又は利用者の主治の医師に <b>と病歴等の情報共有や急変時等における対応の確認等を行う会議</b> を月1回以上情報提供開催<br><b>ただし、電子的系统により当該協力医療機関で随時入居者の情報が確認できる体制が確保されている場合は、年に3回以上開催</b> | <input type="checkbox"/> あり |          |
|                | 情報提供日前30日以内に於いて、特定施設入居者生活介護及び介護予防特定施設入居者生活介護を算定した日が14日以上                                                                                 | <input type="checkbox"/> 該当 |          |
|                | <b>(1)又は(2)のいずれかの単位を算定</b>                                                                                                               |                             |          |
|                | 「協力医療機関等に関する届出書」における協力医療機関を定めている                                                                                                         | <input type="checkbox"/> 該当 | 100単位を算定 |
|                | 「協力医療機関等に関する届出書」における協力医療機関を定めていない                                                                                                        | <input type="checkbox"/> 該当 | 40単位を算定  |
| 口腔衛生管理体制加算     | 定員、人員基準に適合                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> 該当 |          |
|                | 歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、月1回以上、介護職員に(口腔ケアにかかる)助言、指導を行う。                                                                                   | <input type="checkbox"/> 該当 |          |
|                | 助言、指導に基づいた口腔ケア・マネジメントに係る計画の作成                                                                                                            | <input type="checkbox"/> 該当 |          |
|                | 助言、指導を行うに当たり、歯科訪問診療又は訪問歯科衛生指導の実施時間以外の時間帯で実施                                                                                              | <input type="checkbox"/> 該当 |          |
|                | 口腔ケア・マネジメント計画には口腔ケアを推進するための課題目標、具体的対策、留意事項等必要な事項が記載されている                                                                                 | <input type="checkbox"/> 該当 |          |
| 口腔・栄養スクリーニング加算 | 利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態について確認し情報を担当介護支援専門員に提供                                                                                         | <input type="checkbox"/> 該当 |          |
|                | 利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の栄養状態について確認し情報を担当介護支援専門員に提供                                                                                            | <input type="checkbox"/> 該当 |          |
|                | 定員、人員基準に適合                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> 該当 |          |
|                | 利用者について、当該事業所以外で口腔・栄養スクリーニング加算を算定していない                                                                                                   | <input type="checkbox"/> 該当 |          |
| 科学的介護推進体制加算    | 利用者ごとのADL値(ADLの評価に基づき測定し値)、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の利用者の心身の状況等に係る基本的な情報を、厚生労働省(LIFE)に提出                                                       | <input type="checkbox"/> 実施 |          |
|                | 必要に応じて特定施設サービス計画を見直すなど、指定特定施設入所生活介護の提供に当たって、厚生労働省に提出する情報その他指定特定施設入所生活介護を適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用している                                       | <input type="checkbox"/> 実施 |          |

| 点検項目       | 点検事項                                                                        | 点検結果                         |                            |
|------------|-----------------------------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------|
| 退院・退所時連携加算 | 病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院から入居した日から起算して30日以内                                    | <input type="checkbox"/> 該当  |                            |
|            | 医療提供施設の職員と面談、利用者に関する必要な情報の提供を受ける。                                           | <input type="checkbox"/> 該当  |                            |
|            | 特定施設サービス計画の作成                                                               | <input type="checkbox"/> 該当  | 特定施設サービス計画                 |
|            | 過去3月間に当該特定施設に入居したことがない                                                      | <input type="checkbox"/> 該当  |                            |
|            | 30日を超える医療提供施設への入院・入所後に再入居                                                   | <input type="checkbox"/> 該当  | この場合であっても算定可               |
| 退居時情報提供加算  |                                                                             |                              |                            |
| 退居時情報提供加算  | 医療機関へ退居した入居者であること                                                           | <input type="checkbox"/> 満たす |                            |
|            | 本人の同意を得て退居後の医療機関に対し、心身の状況、生活歴等の情報を示す文書を添えて紹介を行う                             | <input type="checkbox"/> 実施  | 心身の状況、生活歴等の情報を示す文書(別紙様式12) |
|            | 入居者が医療機関に入院後、当該医療機関を退院し、同一月に再度当該医療機関に入院していない                                | <input type="checkbox"/> 満たす |                            |
| 看取り介護加算(Ⅰ) | 医師が医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した者                                                 | <input type="checkbox"/> 該当  |                            |
|            | 看取りに関する指針を定め、入居の際に、利用者又はその家族等に対し、内容を説明し同意を得ている。                             | <input type="checkbox"/> 該当  |                            |
|            | 医師、生活相談員、看護師、介護職員その他の職種の者(「医師等」という)が協議の上、看取りの実績等を踏まえ、適宜、看取りに関する指針の見直しを行っている | <input type="checkbox"/> 該当  |                            |
|            | 看取りに関する職員研修を行っている                                                           | <input type="checkbox"/> 該当  |                            |
|            | 医師等が共同で作成した介護に係る計画が作成されている                                                  | <input type="checkbox"/> 該当  | 介護に係る計画書                   |
|            | 医師等が介護に係る計画について説明し、同意を得ている                                                  | <input type="checkbox"/> 該当  |                            |
|            | 医師等が利用者の状態又は家族の求め等に応じ随時本人又は家族の説明、同意を得ている                                    | <input type="checkbox"/> 該当  |                            |
|            | 自己負担の請求について利用者側に説明し文書にて同意を得ている                                              | <input type="checkbox"/> 該当  | 退居等の翌月になくなった場合             |
|            | 退居等の際入院先の医療機関等に利用者の状態等の情報提供について本人又は家族に説明し文書にて同意を得ている                        | <input type="checkbox"/> 該当  |                            |
|            | 本人又は家族に対する随時説明を口頭でした場合は介護記録に日時、内容及び同意を得た旨を記載している                            | <input type="checkbox"/> 該当  |                            |
|            | 本人が十分に判断できる状態になく、かつ、家族に連絡して来てももらえない場合、介護記録に職員間の相談日時内容及び本人家族の状況が記載されている。     | <input type="checkbox"/> 該当  |                            |
|            | 死亡日45日前から死亡日                                                                | <input type="checkbox"/> 該当  |                            |
|            | 退居した日の翌日から死亡日の間は算定しない                                                       | <input type="checkbox"/> 該当  |                            |
|            | 夜間看護体制加算を算定している                                                             | <input type="checkbox"/> 該当  |                            |

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

| 点検項目              | 点検事項                                                                                                                             | 点検結果 |  |
|-------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|--|
| 認知症専門ケア加算(Ⅰ)      | 利用者総数のうち、日常生活に支障を来す症状又は行動があるため介護を必要とする認知症の者(日常生活自立度Ⅲ、Ⅳ又はMに該当)の占める割合が2分の1以上                                                       | □ 該当 |  |
|                   | 認知症介護に係る専門的な研修(認知症介護実践リーダー研修)を修了している者を対象者の数が20人未満の場合は1人以上、対象者が20人以上の場合は、1に対象者の数が19を超えて10又は端数を増すごとに1を加えた人数を配置し、チームとして専門的な認知症ケアの実施 | □ 該当 |  |
|                   | 従業者に対して認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導の会議を定期的実施                                                                                          | □ 該当 |  |
| 認知症専門ケア加算(Ⅱ)      | 利用者総数のうち、日常生活に支障を来す症状又は行動があるため介護を必要とする認知症の者(日常生活自立度Ⅲ、Ⅳ又はMに該当)の占める割合が2分の1以上                                                       | □ 該当 |  |
|                   | 認知症介護に係る専門的な研修(認知症介護実践リーダー研修)を修了している者を対象者の数が20人未満の場合は1人以上、対象者が20人以上の場合は、1に対象者の数が19を超えて10又は端数を増すごとに1を加えた人数を配置し、チームとして専門的な認知症ケアの実施 | □ 該当 |  |
|                   | 従業者に対して認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導の会議を定期的実施                                                                                          | □ 該当 |  |
|                   | 認知症介護の指導に係る専門的な研修修了者を1名以上配置し、事業所又は施設全体の認知症ケアの指導等を実施                                                                              | □ 該当 |  |
|                   | 介護職員、看護職員ごとの認知症ケアに関する研修計画の作成及び研修の実施(実施予定も含む)                                                                                     | □ 該当 |  |
| 高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅰ) | 第二種協定指定医療機関との間で、新興感染症の発生時等の対応を行う体制を確保している                                                                                        | □ あり |  |
|                   | 協力医療機関等との間で、感染症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                                                                 | □ あり |  |
|                   | 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一年に一回以上参加している                                                              | □ あり |  |
| 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、三年に一回以上、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                                                                   | □ あり |  |



| 点検項目                          | 点検事項                                                    | 点検結果                     |         |
|-------------------------------|---------------------------------------------------------|--------------------------|---------|
| サービス提供体制強化加算(Ⅰ)               | 次の(1)又は(2)に該当                                           | <input type="checkbox"/> | 該当      |
|                               | (1)介護職員の総数のうち介護福祉士の占める割合が100分の70                        | <input type="checkbox"/> | 該当      |
|                               | (2)介護職員の総数のうち、勤続年数が10以上の介護福祉士の占める割合が100分の25以上           | <input type="checkbox"/> | 該当      |
|                               | 指定特定施設入居者生活介護の質の向上に資する取組を実施                             | <input type="checkbox"/> | 該当      |
|                               | 定員、人員基準に適合                                              | <input type="checkbox"/> | 該当      |
|                               | サービス提供体制強化加算(Ⅱ)、(Ⅲ)を算定していない                             | <input type="checkbox"/> | 該当      |
| サービス提供体制強化加算(Ⅱ)               | 介護職員の総数のうち介護福祉士の占める割合が100分の60                           | <input type="checkbox"/> | 該当      |
|                               | 定員、人員基準に適合                                              | <input type="checkbox"/> | 該当      |
|                               | サービス提供体制強化加算(Ⅰ)、(Ⅲ)を算定していない                             | <input type="checkbox"/> | 該当      |
| サービス提供体制強化加算(Ⅲ)               | 次の(1)、(2)、(3)のいずれかに該当                                   | <input type="checkbox"/> | 該当      |
|                               | (1)介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の50以上                     | <input type="checkbox"/> | 該当      |
|                               | (2)看護・介護職員の総数のうち、常勤職員の占める割合が100分の75以上                   | <input type="checkbox"/> | 該当      |
|                               | (3)直接提供する職員の総数のうち勤続7年以上の者の占める割合が100分の30以上               | <input type="checkbox"/> | 該当      |
|                               | 定員、人員基準に適合                                              | <input type="checkbox"/> | 該当      |
|                               | サービス提供体制強化加算(Ⅰ)、(Ⅱ)を算定していない                             | <input type="checkbox"/> | 該当      |
| 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)                | キャリアパス要件Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ、Ⅳ、Ⅴを満たしている                                | <input type="checkbox"/> | 該当      |
| 介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)                | キャリアパス要件Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ、Ⅳを満たしている                                  | <input type="checkbox"/> | 該当      |
| 介護職員等処遇改善加算(Ⅲ)                | キャリアパス要件Ⅰ、Ⅱ、Ⅲを満たしている                                    | <input type="checkbox"/> | 該当      |
| 介護職員等処遇改善加算(Ⅳ)                | キャリアパス要件Ⅰ、Ⅱを満たしている                                      | <input type="checkbox"/> | 該当      |
| ○キャリアパス要件Ⅰ<br>(任用要件・賃金体系の整備等) | イ 介護職員の任用における職位、職責又は職務内容等の要件を定めている。                     | <input type="checkbox"/> | 該当      |
|                               | ロ イに掲げる職位、職責又は職務内容等に応じた賃金体系を定めている。                      | <input type="checkbox"/> | 該当      |
|                               | ハ イ、ロについて、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。          | <input type="checkbox"/> | 該当      |
| ○キャリアパス要件Ⅱ<br>(研修の実施等)        | イ① 資質向上のための計画に沿って、研修機会の提供又は技術指導等を実施するとともに、介護職員の能力評価を行う。 | <input type="checkbox"/> | ①又は②に該当 |
|                               | イ② 資格取得のための支援の実施                                        | <input type="checkbox"/> |         |
|                               | ロ イについて、全ての介護職員に周知している。                                 | <input type="checkbox"/> | 該当      |
| ○キャリアパス要件Ⅲ<br>(昇給の仕組みの整備等)    | イ① 経験に応じて昇給する仕組み<br>※「勤続年数」や「経験年数」などに応じて昇給する仕組みを指す。     | <input type="checkbox"/> |         |

| 点検項目                        | 点検事項                                                                                                                | 点検結果                     |         |
|-----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|---------|
|                             | イ② 資格等に応じて昇給する仕組み<br>※「介護福祉士」や「実務者研修修了者」などの取得に応じて昇給する仕組みを指す。ただし、介護福祉士資格を有して就業する者についても昇給が図られる仕組みであることを要する。           | <input type="checkbox"/> | いずれかに該当 |
|                             | イ③ 一定の基準に基づき定期に昇給を判定する仕組み<br>※「実技試験」や「人事評価」などの結果に基づき昇給する仕組みを指す。ただし、客観的な評価基準や昇給条件が明文化されていることを要する。                    | <input type="checkbox"/> |         |
|                             | ロ イについて、全ての介護職員に周知している。                                                                                             | <input type="checkbox"/> | 該当      |
| ○キャリアパス要件Ⅳ<br>(改善後の賃金要件)    | イ 賃金改善額が月額平均8万円以上又は改善後の賃金が年額440万円以上となる者の数が事業所数（短期入所・予防・総合事業での重複を除く。）以上                                              | <input type="checkbox"/> | いずれかに該当 |
|                             | ロ イを満たさない理由<br>①小規模事業所等で加算額全体が少額であるため。                                                                              | <input type="checkbox"/> |         |
|                             | ロ イを満たさない理由<br>② 職員全体の賃金水準が低く、直ちに月額平均8万円等まで賃金を引き上げることが困難であるため。                                                      | <input type="checkbox"/> |         |
|                             | ロ イを満たさない理由<br>③ 月額平均8万円等の賃金改善を行うに当たり、これまで以上に事業所内の階層や役職にある者に求められる能力や処遇を明確化することが必要であり、規程の整備や研修・実務経験の蓄積などに一定期間を要するため。 | <input type="checkbox"/> |         |
| ○キャリアパス要件Ⅴ<br>(介護福祉士等の配置要件) | 6 次の（一）又は（二）のいずれかを届出                                                                                                | <input type="checkbox"/> | 該当      |
|                             | （一）特定施設入居者生活介護費の注7の入居継続支援加算（Ⅰ）若しくは（Ⅱ）                                                                               |                          |         |
|                             | （二）特定施設入居者生活介護費におけるサービス提供体制強化加算（Ⅰ）若しくは（Ⅱ）                                                                           |                          |         |
| 介護職員等処遇改善加算（Ⅴ）1の旧要件         | 旧介護職員等処遇改善加算Ⅰ<br>旧介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ<br>旧介護職員等ベースアップ等支援加算なし                                                             | <input type="checkbox"/> | 該当      |

| 点検項目                       | 点検事項                                                          | 点検結果    |             |
|----------------------------|---------------------------------------------------------------|---------|-------------|
| 介護職員等処遇改善加算<br>(Ⅴ) 2 の旧要件  | 旧介護職員処遇改善加算Ⅱ<br>旧介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ<br>旧介護職員等ベースアップ等支援加算あり        | □ 該当    |             |
| 介護職員等処遇改善加算<br>(Ⅴ) 3 の旧要件  | 旧介護職員処遇改善加算Ⅰ<br>旧介護職員等特定処遇改善加算Ⅱ<br>旧介護職員等ベースアップ等支援加算なし        | □ 該当    |             |
| 介護職員等処遇改善加算<br>(Ⅴ) 4 の旧要件  | 旧介護職員処遇改善加算Ⅱ<br>旧介護職員等特定処遇改善加算Ⅱ<br>旧介護職員等ベースアップ等支援加算あり        | □ 該当    |             |
| 介護職員等処遇改善加算<br>(Ⅴ) 5 の旧要件  | 旧介護職員処遇改善加算Ⅱ<br>旧介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ<br>旧介護職員等ベースアップ等支援加算なし        | □ 該当    |             |
| 介護職員等処遇改善加算<br>(Ⅴ) 6 の旧要件  | 旧介護職員処遇改善加算Ⅱ<br>旧介護職員等特定処遇改善加算Ⅱ<br>旧介護職員等ベースアップ等支援加算なし        | □ 該当    |             |
| 介護職員等処遇改善加算<br>(Ⅴ) 7 の旧要件  | 旧介護職員処遇改善加算Ⅲ<br>旧介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ<br>旧介護職員等ベースアップ等支援加算あり        | □ 該当    |             |
| 介護職員等処遇改善加算<br>(Ⅴ) 8 の旧要件  | 旧介護職員処遇改善加算Ⅰ<br>旧介護職員等特定処遇改善加算なし<br>旧介護職員等ベースアップ等支援加算なし       | □ 該当    |             |
| 介護職員等処遇改善加算<br>(Ⅴ) 9 の旧要件  | 旧介護職員処遇改善加算Ⅲ<br>旧介護職員等特定処遇改善加算Ⅱ<br>旧介護職員等ベースアップ等支援加算あり        | □ 該当    |             |
| 介護職員等処遇改善加算<br>(Ⅴ) 10 の旧要件 | 旧介護職員処遇改善加算Ⅲ<br>旧介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ<br>旧介護職員等ベースアップ等支援加算なし        | □ 該当    |             |
| 介護職員等処遇改善加算<br>(Ⅴ) 11 の旧要件 | 旧介護職員処遇改善加算Ⅱ<br>旧介護職員等特定処遇改善加算なし<br>旧介護職員等ベースアップ等支援加算なし       | □ 該当    |             |
| 介護職員等処遇改善加算<br>(Ⅴ) 12 の旧要件 | 旧介護職員処遇改善加算Ⅲ<br>旧介護職員等特定処遇改善加算Ⅱ<br>旧介護職員等ベースアップ等支援加算なし        | □ 該当    |             |
| 介護職員等処遇改善加算<br>(Ⅴ) 13 の旧要件 | 旧介護職員処遇改善加算Ⅲ<br>旧介護職員等特定処遇改善加算なし<br>旧介護職員等ベースアップ等支援加算あり       | □ 該当    |             |
| 介護職員等処遇改善加算<br>(Ⅴ) 14 の旧要件 | 旧介護職員処遇改善加算Ⅲ<br>旧介護職員等特定処遇改善加算なし<br>旧介護職員等ベースアップ等支援加算なし       | □ 該当    |             |
| 旧介護職員処遇改善加算<br>(Ⅰ)         | 1 賃金改善に関する計画の策定、計画に基づく措置                                      | □ あり    | 介護職員処遇改善計画書 |
|                            | 2 介護職員処遇改善計画書の作成、周知、届出                                        | □ あり    | 介護職員処遇改善計画書 |
|                            | 3 賃金改善の実施                                                     | □ あり    |             |
|                            | 4 処遇改善に関する実績の報告                                               | □ あり    | 実績報告書       |
|                            | 5 前12月間に法令違反し、罰金以上の刑                                          | □ なし    |             |
|                            | 6 労働保険料の納付                                                    | □ 適正に納付 |             |
|                            | 7 次の(一)、(二)、(三)のいずれにも適合                                       | □       |             |
|                            | (一)任用の際の職責又は職務内容等の要件を定め、その内容について書面を作成し、全ての介護職員に周知             | □ あり    |             |
|                            | (二)資質の向上の支援に関する計画の策定、研修の実施又は研修の機会の確保し、全ての介護職員に周知              | □ あり    |             |
|                            | (三)経験若しくは資格等に応じて昇給する仕組み又は一定の基準に基づき定期に昇給を判定する仕組みを設け、全ての介護職員に周知 | □ あり    |             |
|                            | 8 処遇改善の内容(賃金改善を除く)及び処遇改善に要した費用を全ての職員に周知                       | □ あり    |             |

| 点検項目               | 点検事項                                                                                | 点検結果 |                   |
|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------|-------------------|
| 旧介護職員処遇改善加算<br>(Ⅱ) | 1 賃金改善に関する計画の策定、計画に基づく措置                                                            | □    | あり<br>介護職員処遇改善計画書 |
|                    | 2 介護職員処遇改善計画書の作成、周知、届出                                                              | □    | あり<br>介護職員処遇改善計画書 |
|                    | 3 賃金改善の実施                                                                           | □    | あり                |
|                    | 4 処遇改善に関する実績の報告                                                                     | □    | あり<br>実績報告書       |
|                    | 5 前12月間に法令違反し、罰金以上の刑                                                                | □    | なし                |
|                    | 6 労働保険料の納付                                                                          | □    | 適正に納付             |
|                    | 7 次の(一)、(二)のいずれにも適合                                                                 | □    |                   |
|                    | (一)任用の際の職責又は職務内容等の要件を書面で作成し、全ての介護職員に周知                                              | □    | あり                |
|                    | (二)資質の向上の支援に関する計画の策定、研修の実施又は研修の機会の確保し、全ての介護職員に周知                                    | □    | あり                |
|                    | 8 処遇改善の内容(賃金改善を除く)及び処遇改善に要した費用を全ての職員に周知                                             | □    | あり                |
| 旧介護職員処遇改善加算<br>(Ⅲ) | 1 賃金改善に関する計画の策定、計画に基づく措置                                                            | □    | あり<br>介護職員処遇改善計画書 |
|                    | 2 介護職員処遇改善計画書の作成、周知、届出                                                              | □    | あり<br>介護職員処遇改善計画書 |
|                    | 3 賃金改善の実施                                                                           | □    | あり                |
|                    | 4 処遇改善に関する実績の報告                                                                     | □    | あり<br>実績報告書       |
|                    | 5 前12月間に法令違反し、罰金以上の刑                                                                | □    | なし                |
|                    | 6 労働保険料の納付                                                                          | □    | 適正に納付             |
|                    | 7 次の(一)、(二)のいずれかに適合                                                                 | □    |                   |
|                    | (一)任用の際の職責又は職務内容等の要件を書面で作成し、全ての介護職員に周知                                              | □    | あり                |
|                    | (二)資質の向上の支援に関する計画の策定、研修の実施又は研修の機会確保し、全ての介護職員に周知                                     | □    | あり                |
|                    | 8 処遇改善の内容(賃金改善を除く)及び処遇改善に要した費用を全ての職員に周知                                             | □    | あり                |
| 旧介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)  | 1 賃金改善に関する計画の策定、計画に基づく措置                                                            | □    | あり<br>介護職員処遇改善計画書 |
|                    | 2 次のいずれにも該当                                                                         | □    |                   |
|                    | (一)経験・技能のある介護職員のうち1人は、賃金改善に要する費用の見込額が月額8万円以上又は賃金改善後の賃金の見込額が年額440万円以上                | □    | あり                |
|                    | (二)経験・技能のある介護職員の賃金改善に要する費用の見込額の平均が、介護職員(経験・技能のある介護職員を除く)の賃金改善に要する費用の見込額の平均を上回っていること | □    | あり                |
|                    | (三)介護職員(経験・技能のある介護職員を除く)の賃金改善に要する費用の見込額の平均が、介護職員以外の職員の賃金改善に要する費用の見込額の平均の2倍以上であること   | □    | あり                |
|                    | (四)介護職員以外の職員の賃金改善後の賃金の見込額が年額440万円を上回らないこと                                           | □    | なし                |
|                    | 3 改善計画書の作成、周知、届出                                                                    | □    | あり<br>介護職員処遇改善計画書 |
|                    | 4 賃金改善を実施                                                                           | □    | あり                |
|                    | 5 処遇改善に関する実績の報告                                                                     | □    | あり<br>実績報告書       |

| 点検項目                  | 点検事項                                                                                 | 点検結果                        |                    |
|-----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|--------------------|
|                       | 6 次の(一)又は(二)のいずれかを届出                                                                 | <input type="checkbox"/> 該当 |                    |
|                       | (一) 特定施設入居者生活介護費の注7の入居継続支援加算(Ⅰ)若しくは(Ⅱ)                                               | <input type="checkbox"/>    |                    |
|                       | (二) 特定施設入居者生活介護費におけるサービス提供体制強化加算(Ⅰ)若しくは(Ⅱ)                                           | <input type="checkbox"/>    |                    |
|                       | 7 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)から(Ⅲ)までのいずれかを算定していること                                                 | <input type="checkbox"/> あり |                    |
|                       | 8 処遇改善の内容(賃金改善を除く)及び処遇改善に要する費用の見込額を全ての職員に周知                                          | <input type="checkbox"/> あり |                    |
|                       | 9 処遇改善の内容(賃金改善を除く)等についてインターネットの利用その他の適切な方法で公表                                        | <input type="checkbox"/> あり |                    |
|                       | 1 賃金改善に関する計画の策定、計画に基づく措置                                                             | <input type="checkbox"/> あり | 介護職員処遇改善計画書        |
|                       | 2 次のいずれにも該当                                                                          | <input type="checkbox"/>    |                    |
|                       | (一) 経験・技能のある介護職員のうち1人は、賃金改善に要する費用の見込額が月額8万円以上又は賃金改善後の賃金の見込額が年額440万円以上                | <input type="checkbox"/> あり |                    |
| 旧介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)     | (二) 経験・技能のある介護職員の賃金改善に要する費用の見込額の平均が、介護職員(経験・技能のある介護職員を除く)の賃金改善に要する費用の見込額の平均を上回っていること | <input type="checkbox"/> あり |                    |
|                       | (三) 介護職員(経験・技能のある介護職員を除く)の賃金改善に要する費用の見込額の平均が、介護職員以外の職員の賃金改善に要する費用の見込額の平均の2倍以上であること   | <input type="checkbox"/> あり |                    |
|                       | (四) 介護職員以外の職員の賃金改善後の賃金の見込額が年額440万円を上回らないこと                                           | <input type="checkbox"/> なし |                    |
|                       | 3 改善計画書の作成、周知、届出                                                                     | <input type="checkbox"/> あり | 介護職員処遇改善計画書        |
|                       | 4 賃金改善を実施                                                                            | <input type="checkbox"/> あり |                    |
|                       | 5 処遇改善に関する実績の報告                                                                      | <input type="checkbox"/> あり | 実績報告書              |
|                       | 6 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)から(Ⅲ)までのいずれかを算定していること                                                 | <input type="checkbox"/> あり |                    |
|                       | 7 処遇改善の内容(賃金改善を除く)及び処遇改善に要する費用の見込額を全ての職員に周知                                          | <input type="checkbox"/> あり |                    |
|                       | 8 処遇改善の内容等について、公表していること                                                              | <input type="checkbox"/> あり |                    |
|                       |                                                                                      |                             |                    |
| 旧介護職員等ベースアップ等支援加算     | 1 ベースアップ等要件 賃金改善に関する計画の策定、計画に基づく措置、処遇改善の実施の報告                                        | <input type="checkbox"/> あり | ベースアップ等支援加算処遇改善計画書 |
|                       | 2 処遇改善加算要件 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)から(Ⅲ)までのいずれかを算定                                              | <input type="checkbox"/> あり |                    |
| 外部サービス利用型における障害者等支援加算 | 知的障害又は精神障害を有する利用者の基本サービスの提供にあたり、特に支援を必要とする者                                          | <input type="checkbox"/> あり |                    |