

302 介護老人保健施設

| 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | |
|------------------------|--|--------------------------------------|-------------------------------------|
| 介護保健施設サービス費 (基本型) | 在宅復帰・在宅療養支援等指標の合計値が20以上 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | 退所時指導等の実施 | <input type="checkbox"/> 該当 | 退所後30日以内の居宅訪問又は居宅介護 支援事業者からの情報提供 |
| | リハビリテーションマネジメントの実施 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | 医師の詳細な指示の実施 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| 介護保健施設サービス費 (在宅強化型) | 在宅復帰・在宅療養支援等指標の合計値が60以上 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | 退所時指導等の実施 | <input type="checkbox"/> 該当 | 退所後30日以内の居宅訪問又は居宅介護 支援事業者からの情報提供 |
| | リハビリテーションマネジメントの実施 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | 医師の詳細な指示の実施 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | 地域に貢献する活動の実施 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | 充実したリハビリテーションの実施 | <input type="checkbox"/> 該当 | 少なくとも週3回程度 |
| 夜勤減算 | ①短期入所療養介護の利用者数及び老健の入所者数の合計数 が40以下で常時、緊急時の連絡体制を整備している場合 | <input type="checkbox"/> 看護・介護1人未満 | |
| | ②短期入所療養介護の利用者数及び老健の入所者数の合計数 が41以上 | <input type="checkbox"/> 看護・介護2人未満 | |
| | 人員基準緩和を適用した場合 | <input type="checkbox"/> 看護・介護1.6人未満 | |
| 夜勤減算【ユニット型】 | 2ユニットごとに夜勤を行う看護・介護職員の数が1以上 (ユニット型短期入所療養介護事業所を併設する場合は、当 該ユニットの数は合計することができる) | <input type="checkbox"/> 満たさない | |
| ユニットケア減算 | ユニットごとに日中常時1名以上の介護又は看護職員の配置 | <input type="checkbox"/> 未配置 | |
| | ユニットごとに常勤のユニットリーダーの配置 | <input type="checkbox"/> 未配置 | |
| 身体拘束廃止未実施減算 | 身体的拘束等を行う場合、態様・時間・心身の状況・緊急や むを得ない理由を記録 | <input type="checkbox"/> 未実施 | |
| | 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、結果を職員に周知 | <input type="checkbox"/> 未実施 | テレビ電話装置等の活用可 |
| | 身体的拘束等の適正化のための指針の整備 | <input type="checkbox"/> 未実施 | |
| | 介護職員等に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定 期的に実施 | <input type="checkbox"/> 未実施 | |

| 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | |
|-------------------------------|--|--------------------------------|--|
| 高齢者虐待防止措置未実施減算 | 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的開催し、結果を職員に周知 | <input type="checkbox"/> 未実施 | テレビ電話装置等の活用可 |
| | 虐待の防止のための指針の整備 | <input type="checkbox"/> 未実施 | |
| | 虐待の防止のための研修の定期的な実施 | <input type="checkbox"/> 未実施 | |
| | 上記の措置を適切に実施するための担当者の設置 | <input type="checkbox"/> 未実施 | |
| 業務継続計画未策定減算 ※令和7年3月末まで経過措置 | 感染症若しくは災害のいずれか又は両方の業務継続計画が未策定 | <input type="checkbox"/> 該当 | ※感染症の予防及びまん延の防止のための指針及び非常災害に関する具体的計画を策定していない場合は減算。 |
| 安全管理体制未実施減算 | 事故発生防止のための指針の整備 | <input type="checkbox"/> 未実施 | テレビ電話装置等の活用可 |
| | 事故が発生した場合等における報告と、その分析を通じた改善策を従業者に周知徹底する体制の整備 | <input type="checkbox"/> 未実施 | |
| | 事故発生防止のための委員会及び従業者に対する研修の定期的な実施 | <input type="checkbox"/> 未実施 | |
| | 上記の措置を適切に実施するための担当者の設置 | <input type="checkbox"/> 未実施 | |
| 栄養管理未実施減算 | 栄養士又は管理栄養士 | <input type="checkbox"/> 未配置 | |
| | 管理栄養士が各入所者の状態に応じた計画的な栄養管理を実施 | <input type="checkbox"/> 未実施 | |
| 夜勤職員配置加算 | 夜勤を行う看護職員又は介護職員の数が ①入所者等の数が41以上の場合、入所者等の数20毎に1以上であり、かつ2名超えて配置 ②入所者等の数が40以下の場合、入所者等の数20毎に1以上であり、かつ1名超えて配置 | <input type="checkbox"/> 該当 | 夜勤時間帯 22:00～5:00を含めた連続する16時間 (: ~ :) |
| 短期集中リハビリテーション実施加算 (I) | ① 医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が、その入所の日から起算して3月以内の期間に集中してリハビリテーションを行っている | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | ② 20分以上のリハを概ね週に3回以上 | <input type="checkbox"/> 実施 | |
| | ③ 過去3月以内に介護老人保健施設に入所していない | <input type="checkbox"/> していない | |
| | ④ 原則として入所時及び1月に1回以上ADL等の評価を行っている | <input type="checkbox"/> 実施 | |
| | ⑤ その評価結果等の情報を厚生労働省に提出し、必要に応じてリハビリテーション計画を見直している | <input type="checkbox"/> 実施 | |

| 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | |
|-------------------------|--|-------------------------------|---|
| 短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅱ） | （Ⅰ）①～③に適合する | <input type="checkbox"/> 適合 | |
| 認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ） | ①入所（起算）日より3月以内に実施 | <input type="checkbox"/> 3月以内 | ※精神科医師若しくは神経内科医師又は認知症に対するリハビリテーションに関する専門的な研修を修了した医師 |
| | ②1週の実施日 | <input type="checkbox"/> 3回以内 | |
| | ③認知症であると医師※が判断した者であって、リハビリテーションによって生活機能の改善が見込まれると判断された者 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | ④リハビリテーションを担当する理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が適切に配置されている | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | ⑤リハビリテーションを行うに当たり、入所者数が、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の数に対して適切である | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | ⑥記録（実施時間、訓練内容、訓練評価、担当者等）を利用者ごとに保管している | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | ⑦入所者が退所後生活する居宅又は社会福祉施設等を訪問し、当該訪問により把握した生活環境を踏まえ、リハビリテーション計画を作成している | <input type="checkbox"/> 実施 | |
| 認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅱ） | （Ⅰ）①～⑥に適合する | <input type="checkbox"/> 適合 | |
| 認知症ケア加算 | 認知症の入所者と他の入所者とを区別している | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | 専ら認知症の入所者が入所する施設 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | 日常生活自立度Ⅲ、Ⅳ、Ⅴに該当し、認知症専門棟での処遇が適当と医師が認めた者 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | 入所定員は40人を標準とする | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | 1割以上の個室を整備 | <input type="checkbox"/> 整備 | |
| | 1人当たり2㎡のデイルームを整備 | <input type="checkbox"/> 整備 | |
| | 家族に対する介護技術や知識提供のための30㎡以上の部屋の整備 | <input type="checkbox"/> 整備 | |
| | 単位毎の入所者が10人を標準 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | 単位毎の固定した職員配置 | <input type="checkbox"/> 配置 | |
| | 日中の利用者10人に対し常時1人以上の看護・介護職員の配置 | <input type="checkbox"/> 配置 | |
| | 夜間、深夜に利用者20人に対し1人以上の看護・介護職員の配置 | <input type="checkbox"/> 配置 | |
| | ユニット型でないこと | <input type="checkbox"/> 該当 | |

| 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | |
|----------------------|---|----------------------------------|--|
| 若年性認知症入所者受入加算 | 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"/> 該当 | |
| | 入所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"/> 該当 | |
| 外泊時費用 | 外泊をした場合 | <input type="checkbox"/> 6日以下 | |
| | 短期入所療養介護のベッドへの活用の有無 | <input type="checkbox"/> なし | |
| 外泊時費用（在宅サービスを利用する場合） | 試行的に居宅に退所させた場合 | <input type="checkbox"/> 6日以下 | |
| | 居宅サービスを提供 | <input type="checkbox"/> あり | |
| ターミナルケア加算 | 医師が医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | 入所者又はその家族等の同意を得てターミナルケアに係る計画が作成されている | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | 医師、看護師、介護職員、支援相談員、管理栄養士等が共同して入所者の状態又は家族の求め等に応じ随時、本人又は家族への説明を行い同意を得ている | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | ターミナルケアを直接行っている | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | 入所していない月の自己負担がある場合、入所者側に文書にて同意を得ている | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | 退所後も入所者の家族指導等を行っている | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | 本人が十分に判断をできる状態になく、かつ、家族の来所が見込めないような場合、職員間で入所者の状態等に応じて随時入所者に対するターミナルケアについて相談した日時や内容等の記録、家族の意思確認等の内容の記録 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | 本人又は家族が個室を希望する場合、意向に沿えるよう考慮し個室に移行した場合多床室の算定をする | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | 退所した日の翌日から死亡日までの間は算定していない | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | 介護保健施設サービス費（Ⅰ）、介護保健施設サービス費（Ⅳ）、ユニット型介護保健施設サービス費（Ⅰ）若しくはユニット型介護保健施設サービス費（Ⅳ） | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | （１）死亡日以前31日以上45日以下 | <input type="checkbox"/> 1日72単位 | |
| | （２）死亡日以前4日以上30日以下 | <input type="checkbox"/> 1日160単位 | |
| | （３）死亡日の前日及び前々日 | <input type="checkbox"/> 1日910単位 | |
| （４）死亡日 | <input type="checkbox"/> 1日1,900単位 | | |

| 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | |
|--------------------|---|-----------------------------|--|
| 特別療養費 | 指導管理等のうち日常的に必要な医療行為として実施 | <input type="checkbox"/> あり | |
| 療養体制維持特別加算 (I) | 次のいずれかに該当 (1) 転換を行う直前において、療養型介護療養施設サービス費(I)、療養型経過型介護療養施設サービス費、ユニット型療養型介護療養施設サービス費、ユニット型療養型経過型介護療養施設サービス費、認知症患者型介護療養施設サービス費(II)又はユニット型認知症患者型介護療養施設サービス費(II)を算定する指定介護療養型医療施設を有する病院であったこと | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | (2) 転換を行う直前において、療養病床を有する病院であったこと | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | 介護職員の数が常勤換算方法で、指定短期入所療養介護の利用者の数及び介護老人保健施設の入所者の合計数が4又はその端数を増すごとに1以上 | <input type="checkbox"/> 配置 | |
| | 定員、人員基準に適合 | <input type="checkbox"/> あり | |
| 療養体制維持特別加算 (II) | 算定日が属する月の前3月間における入所者等のうち、喀痰吸引又は経管栄養が実施された者の占める割合が100分の20以上 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | 算定日が属する月の前3月間における入所者等のうち、著しい精神症状、周辺症状又は重篤な身体疾患又は日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られ、専門医療を必要とする認知症高齢者(日常生活自立度IVまたはM)の占める割合が100分の50以上 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| 在宅復帰・在宅療養支援機能加算(I) | 在宅復帰指標率が40以上 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | 地域貢献活動 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | 介護保健施設サービス費(I)の介護保健施設サービス費(i)若しくは(iii)又はユニット型介護保健施設サービス費(I)のユニット型介護保健施設サービス費(i)若しくは経過的ユニット型介護保健施設サービス費(i)を算定している | <input type="checkbox"/> 該当 | |

| 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | |
|--------------------|---|-----------------------------|------------|
| 在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅱ） | 在宅復帰指標率が70以上 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | 介護保健施設サービス費（Ⅰ）の介護保健施設サービス費（ⅱ）若しくは（ⅳ）又はユニット型介護保健施設サービス費（Ⅰ）のユニット型介護保健施設サービス費（ⅱ）若しくは経過ユニット型介護保健施設サービス費（ⅱ）を算定している | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| 初期加算（Ⅰ） | ① 入所した日から起算して30日以内 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | ② 算定期間中の外泊の有無 | <input type="checkbox"/> なし | |
| | ③ 過去3月以内の当該施設への入所（日常生活自立度Ⅲ、Ⅳ、Ⅴの場合は1月以内） | <input type="checkbox"/> なし | |
| | ④ 以下のいずれかに適合する介護老人保健施設において、急性期医療を担う医療機関の一般病棟への入院後30日以内に退院し、当該施設に入所 | | |
| | ア 介護老人保健施設の空床情報について、地域医療情報連携ネットワーク等を通じ、地域の医療機関に定期的に情報共有している | <input type="checkbox"/> 実施 | 概ね月に2回以上実施 |
| | イ 介護老人保健施設の空床情報について、当該施設のウェブサイト定期的に公表するとともに、急性期医療を担う複数の医療機関の入退院支援部門に対し、定期的に情報を共有している | <input type="checkbox"/> 実施 | 概ね月に2回以上実施 |
| 初期加算（Ⅱ） | （Ⅰ）①～③に適合する | <input type="checkbox"/> 適合 | |
| 入所前後訪問指導加算（Ⅰ） | 入所期間が1月を超えると見込まれる者の入所予定日前30日以内又は入所後7日以内に当該者が退所後生活する居宅への訪問 | <input type="checkbox"/> あり | |
| | 退所を目的とした施設サービス計画の策定及び診療方針の決定 | <input type="checkbox"/> あり | |
| 入所前後訪問指導加算（Ⅱ） | 入所期間が1月を超えると見込まれる者の入所予定日前30日以内又は入所後7日以内に当該者が退所後生活する居宅への訪問 | <input type="checkbox"/> あり | |
| | 退所を目的とした施設サービス計画の策定及び診療方針の決定 | <input type="checkbox"/> あり | |
| | 生活機能の具体的な改善目標を定めるとともに退所後の生活に係る支援計画を策定 | <input type="checkbox"/> あり | |

| 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | |
|--------------|---|------------------------------|------------------------------|
| 試行的退所時指導加算 | 入所期間が1月を超える者が居宅に試行的に退所する場合、退所時に入所者及び家族に対し退所後の療養上の指導を実施（3月間限り） | <input type="checkbox"/> 満たす | |
| | 医師、薬剤師（配置されている場合に限る。）、看護・介護職員、支援相談員、介護支援専門員等により居宅で療養継続可能であるか検討している | <input type="checkbox"/> 満たす | |
| | 入所者又は家族に趣旨を説明し同意を得ている | <input type="checkbox"/> 満たす | |
| | 試行的退所中の入所者の状況を把握している場合、外泊時加算算定可能 | <input type="checkbox"/> 満たす | |
| | 外泊時加算を算定していない場合、退所期間中入所者の同意があればベッドを短期入所療養介護へ活用可能 | <input type="checkbox"/> 満たす | |
| | 試行的退所期間中、居宅サービス等の利用はしていない | <input type="checkbox"/> 満たす | |
| | 試行的退所期間終了後居宅に退所できない場合、療養が続けられない理由等分析し、問題解決に向けたリハビリ等を行うため、施設サービス計画を変更している | <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 | |
| | 試行的退所時指導は、入所者及びその家族等のいずれにも行う | <input type="checkbox"/> 満たす | |
| | 指導日、指導内容の記録の整備 | <input type="checkbox"/> 満たす | 診療録等 |
| 退所時情報提供加算（Ⅰ） | 入所者が退所し、居宅において療養を継続する場合又は他の社会福祉施設等へ入所する場合、退所後の主治の医師に対して、入所者の同意を得て、診療状況、心身の状況、生活歴等の情報を記載した文書を交付し、紹介（1回を限度） | <input type="checkbox"/> 実施 | 診療情報提供書 退所時情報提供書 |
| 退所時情報提供加算（Ⅱ） | 入所者が退所して医療機関に入院する場合、当該医療機関に対して、入所者の同意を得て、心身の状況、生活歴等の情報を記載した文書を交付し、紹介（1回を限度） | <input type="checkbox"/> 実施 | 退所時情報提供書 |
| 入退所前連携加算（Ⅰ） | 入所期間が1月を超える | <input type="checkbox"/> 満たす | |
| | 入所予定日前30日以内又は入所後30日以内に居宅介護支援事業者と連携し、入所者の同意を得て利用方針を定める | <input type="checkbox"/> 満たす | |
| | 退所に先だって居宅介護支援事業者に対し、入所者の同意を得て診療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（1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 | |
| | | 連携を行った日、内容に関する記録の整備 | <input type="checkbox"/> 満たす |

| 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | |
|-------------|--|---------------------------------|-------------------|
| 入退所前連携加算（Ⅱ） | 入所期間が1月を超える | <input type="checkbox"/> 満たす | |
| | 退所に先だって居宅介護支援事業者に対し、入所者の同意を得て診療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（1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 | |
| | 連携を行った日、内容に関する記録の整備 | <input type="checkbox"/> 満たす | 指導記録等 |
| 訪問看護指示加算 | 施設の医師が診療に基づき指定訪問看護、指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護（訪問看護サービスを行う場合に限る。）又は指定複合型サービス（看護サービスを行う場合に限る。）が必要であると認めた場合 | <input type="checkbox"/> 満たす | |
| | 本人の同意を得て訪問看護指示書を交付 | <input type="checkbox"/> 交付 | 訪問看護指示書（様式あり） |
| | 指示書の写しの診療録添付の有無 | <input type="checkbox"/> あり | 診療録等 |
| 協力医療機関連携加算 | 協力医療機関との間で、入所者の同意を得て、当該入所者の病歴等の情報を共有する会議を定期的で開催している | <input type="checkbox"/> 実施 | |
| | 以下の①～③の要件を満たす場合 | <input type="checkbox"/> 50単位/月 | ※令和6年度中は100単位/月 |
| | 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"/> 満たす | |
| | ②高齢者施設等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"/> 満たす | |
| | ③入所者の病状が急変した場合等において、入院を要すると認められた入所者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"/> 満たす | |
| 上記以外の場合 | <input type="checkbox"/> 5単位/月 | | |
| 口腔衛生管理加算（Ⅰ） | 歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士の技術的助言及び指導に基づき、入所者の口腔衛生等の管理に係る計画を作成している | <input type="checkbox"/> あり | 口腔衛生管理加算 様式（実施計画） |
| | 歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、入所者に口腔衛生等の管理を行っている | <input type="checkbox"/> 月2回以上 | |
| | 歯科衛生士が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 | |

| 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | |
|-------------|---|-----------------------------------|-------------------|
| | サービス実施月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家族等に確認している | <input type="checkbox"/> 確認している | |
| | 入所者又は家族等への説明、同意 | <input type="checkbox"/> あり | |
| | 口腔に関する問題点、歯科医師からの指示内容の要点、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し保管されている | <input type="checkbox"/> 該当 | 口腔衛生管理加算 様式（実施計画） |
| | 必要に応じて、上記記録の写しを入所者へ提供 | <input type="checkbox"/> あり | |
| | 歯科衛生士が、介護職員から当該入所者の口腔に関する相談等に応じて対応するとともに、当該入所者の口腔の状態により医療保険における対応が必要となる場合には、適切な歯科医療サービスが提供されるよう当該歯科医師及び当該施設への情報提供を行っている | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | 訪問歯科衛生指導料が月に3回以上算定されていない（診療報酬の算定方法の別表第2の歯科診療報酬点数表の区分番号C001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） | <input type="checkbox"/> 算定されていない | |
| | 定員、人員基準に適合 | <input type="checkbox"/> あり | |
| 口腔衛生管理加算（Ⅱ） | 加算（Ⅰ）の要件に加え、入所者ごとの口腔衛生等の管理に係る情報を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している | <input type="checkbox"/> 実施 | |
| 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3割超 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | 退所日から30日以内に居宅を訪問すること又は指定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 | |

| 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | |
|--------------------|--|---------------------------------|--|
| かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅰ）イ | ① 医師又は薬剤師が高齢者の薬物療法に関する研修を受講している | <input type="checkbox"/> あり | |
| | ② 入所後1月以内に、状況に応じて処方の内容を変更する可能性があることについて主治の医師に説明し、当該主治の医師が合意している | <input type="checkbox"/> あり | |
| | ③ 入所前に当該入所者に6種類以上の内服薬が処方されており、施設の医師と入所者の主治の医師が共同し、入所中に当該処方の内容を総合的に評価及び調整し、かつ、療養上の必要な指導を行っている | <input type="checkbox"/> あり | |
| | ④ 入所中に当該入所者の処方の内容に変更があった場合は、医師、薬剤師、看護師等の関係職種間で情報共有を行い、変更後の入所者の状態等について、関係職種で確認を行っている | <input type="checkbox"/> あり | |
| | ⑤ 入所時と退所時の処方の内容に変更がある場合は、変更の経緯、変更後の入所者の状態等について、退所時又は退所後一月以内に当該入所者の主治の医師に情報提供を行い、その内容を診療録に記載 | <input type="checkbox"/> あり | |
| | 合意した内容や調整の要点を診療録に記載 | <input type="checkbox"/> あり | |
| かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅰ）ロ | (Ⅰ)イの①、④、⑤に適合する | <input type="checkbox"/> 適合 | |
| | 入所前に6種類以上の内服薬が処方されていた入所者について、施設において、入所中に服用薬剤の総合的な評価及び調整を行い、かつ、療養上必要な指導を実施 | <input type="checkbox"/> あり | |
| かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅱ） | かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅰ）イ又はロを算定している | <input type="checkbox"/> 算定している | |
| | 入所期間が3月以上であると見込まれる入所者である | <input type="checkbox"/> あり | |
| | 当該入所者の服薬情報等の情報を厚生労働省に提出し、情報を活用 | <input type="checkbox"/> あり | |
| かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅲ） | かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅱ）を算定している | <input type="checkbox"/> 算定している | |
| | 退所時において処方されている内服薬の種類が、入所時に処方されていた内服薬の種類に比べて1種類以上減少している | <input type="checkbox"/> あり | |

| 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | |
|--------------|--|---|-------------------------------------|
| 緊急時治療管理 | 入所者の病状が重篤となり、救命救急医療が必要 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | 緊急的な治療管理としての投薬、検査、注射、処置等を実施 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | 同一の入所者について月に1回、連続する3日を限度に算定 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| 特定治療 | 入所者の症状が著しく変化した場合に緊急その他やむを得ない事情 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | 診療報酬の算定方法（平成20年厚生労働省告示第59号）別表第1医科診療報酬点数表第1章及び第2章において、高齢者の医療の確保に関する法律第57条第3項に規定する保険医療機関等が行った場合に点数が算定されるリハビリテーション、処置、手術、麻酔又は放射線治療を実施 | <input type="checkbox"/> あり | |
| 所定疾患施設療養費（Ⅰ） | 肺炎の者、尿路感染症の者、带状疱疹の者、蜂窩織炎又は慢性心不全の増悪の者がいる | <input type="checkbox"/> あり（1回に連続する7日を限度（月1回）） | |
| | 診断、診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置等の内容等を診療録に記載。（近隣の医療機関と連携した場合も同様。） | <input type="checkbox"/> あり | |
| | 治療の実施状況の公表 | <input type="checkbox"/> あり | |
| 所定疾患施設療養費（Ⅱ） | 肺炎の者、尿路感染症の者、带状疱疹の者、蜂窩織炎又は慢性心不全の増悪の者がいる | <input type="checkbox"/> あり（1回に連続する10日を限度（月1回）） | |
| | 診断及び診断に至った根拠、診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置等の内容等を診療録に記載。（近隣の医療機関と連携した場合も同様。） | <input type="checkbox"/> あり | |
| | 治療の実施状況の公表 | <input type="checkbox"/> あり | |
| | 施設の医師が感染症対策に関する研修の受講をしている | <input type="checkbox"/> あり | 感染症対策に関する十分な経験を有する医師は、研修を受講したものとみなす |

| 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | |
|--------------|---|-----------------------------|--------------------------------|
| 認知症専門ケア加算（Ⅰ） | 入所者総数のうち介護を必要とする認知症の者（日常生活自立度ランクⅢ以上の者である）の割合が直近3月間の平均で5割以上 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | 認知症介護に係る専門的な研修修了者を、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を加えた人数以上を配置し、チームとしての専門的な認知症ケアの実施 | <input type="checkbox"/> 該当 | 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 |
| | 認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議を定期的実施 | <input type="checkbox"/> 該当 | テレビ電話装置等の活用可 |
| | 認知症チームケア推進加算を算定していない | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| 認知症専門ケア加算（Ⅱ） | 入所者総数のうち介護を必要とする認知症の者（日常生活自立度ランクⅢ以上の者である）の割合が直近3月間の平均で5割以上 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | 認知症介護に係る専門的な研修修了者を、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を加えた人数以上を配置し、チームとしての専門的な認知症ケアの実施 | <input type="checkbox"/> 該当 | 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 |
| | 認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議を定期的実施 | <input type="checkbox"/> 該当 | テレビ電話装置等の活用可 |
| | 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、施設全体の認知症ケアの指導等を実施 | <input type="checkbox"/> 該当 | 認知症介護指導者養成研修 認知症看護に係る適切な研修 |
| | 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又は実施を予定 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | 認知症チームケア推進加算を算定していない | <input type="checkbox"/> 該当 | |

| 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | |
|----------------------|---|---------------------------------------|-------------------------------------|
| 認知症チームケア推進加算 (Ⅰ) | (1) 施設における入所者の総数のうち、周囲の者による日常生活に対する注意を必要とする認知症の者（日常生活自立度Ⅱ以上）の占める割合が2分の1以上 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | (2) 認知症の行動・心理症状の予防及び出現時の早期対応（以下「予防等」という。）に資する認知症介護の指導に係る専門的な研修を修了している者又は認知症介護に係る専門的な研修及び認知症の行動・心理症状の予防等に資するケアプログラムを含んだ研修を修了している者を1名以上配置し、かつ、複数人の介護職員から成る認知症の行動・心理症状に対応するチームを組んでいる | <input type="checkbox"/> 該当 | 認知症介護指導者養成研修修了 かつ認知症チームケア推進研修修了 |
| | (3) 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"/> 実施 | |
| | (4) 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 | |
| | (5) 認知症専門ケア加算を算定していない | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| 認知症チームケア推進加算 (Ⅱ) | 認知症チームケア推進加算(Ⅰ)の(1)、(3)から(5)に掲げる基準に適合する | <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"/> 実施 | 認知症介護実践リーダー研修修了 かつ認知症チームケア推進研修修了 |
| 認知症行動・心理症状緊急 対応加算 | 入所者に認知症の行動・心理症状が認められ、緊急に入所が必要であると医師が判断し、医師が判断した当該日又はその次の日に利用を開始した場合 | <input type="checkbox"/> 該当（7日を限度に算定） | |
| | 介護支援専門員、受入施設の職員と連携をし、入所者又は家族との同意の上、施設利用を開始 | <input type="checkbox"/> 該当 | |

| 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | |
|-----------------------------------|---|--|--|
| | <p>次のa～cの者が当該施設に直接入所していない</p> <p>a 病院又は診療所に入院中の者</p> <p>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</p> <p>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の利用中の者</p> <p>退所に向けた施設サービス計画の策定</p> <p>判断を行った医師は症状、判断の内容等を診療録等に記録し、施設は判断した医師名、日付及び留意事項等を施設サービス計画書に記録している</p> <p>個室等、認知症の行動・心理症状の増悪した者の療養にふさわしい設備を整備している</p> <p>入所者が入所前1月の間に当該施設に入所したことがない及び過去1月の間に当該加算を算定したことがない</p> | <p><input type="checkbox"/> 該当</p> <p><input type="checkbox"/> あり</p> <p><input type="checkbox"/> 該当</p> <p><input type="checkbox"/> 該当</p> <p><input type="checkbox"/> 該当</p> | |
| <p>リハビリテーションマネジメント計画書情報加算 (I)</p> | <p>① 入所者ごとのリハビリテーション計画書の内容等の情報を厚生労働省に提出している</p> <p>② 必要に応じてリハビリテーション計画の内容を見直す等、リハビリテーションの実施に当たって、当該情報その他リハビリテーション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</p> <p>③ 口腔衛生管理加算 (II) 及び栄養マネジメント強化加算を算定している</p> <p>④ 入所者ごとに、医師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員、介護職員その他の職種の者が、リハビリテーション計画の内容等の情報その他リハビリテーションの適切かつ有効な実施のために必要な情報、入所者の口腔の健康状態に関する情報及び入所者の栄養状態に関する情報を相互に共有している</p> <p>⑤ 共有した情報を踏まえ、リハビリテーション計画の見直しを行い、当該見直しの内容について、関係職種の間で共有している</p> | <p><input type="checkbox"/> あり</p> | |

| 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | |
|-------------------------------|--|-----------------------------|-------------------------|
| リハビリテーションマネジメント計画書情報加算 (Ⅱ) | (Ⅰ) ①、②に適合する | <input type="checkbox"/> 適合 | |
| 褥瘡マネジメント加算 (Ⅰ) | 入所者ごとに、施設入所時に褥瘡の有無を確認するとともに、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、その後少なくとも3月に1回評価している | <input type="checkbox"/> 実施 | 褥瘡対策に関するスクリーニング・ケア計画書 |
| | 上記の確認及び評価の結果等の情報を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"/> 実施 | |
| | 上記の確認の結果、褥瘡が認められ、又は上記の評価の結果、褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者ごとに、医師、看護師、介護職員、管理栄養士、介護支援専門員等が共同して、褥瘡管理に関する褥瘡ケア計画を作成している | <input type="checkbox"/> 実施 | 褥瘡対策に関するスクリーニング・ケア計画書 |
| | 入所者ごとの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等の状態について定期的に記録している | <input type="checkbox"/> 実施 | |
| | 上記の評価に基づき、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"/> 実施 | |
| 褥瘡マネジメント加算 (Ⅱ) | 褥瘡マネジメント加算(Ⅰ)の要件に適合している | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | 入所時の確認の結果、褥瘡が認められた入所者について、当該褥瘡が治癒した、又は、入所時の評価の結果、施設入所時に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 | |
| 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、その評価結果等を厚生労働省に提出し、排せつ支援に当たって当該情報等を活用している | <input type="checkbox"/> 実施 | 排せつの状態に関するスクリーニング・支援計画書 |
| | 上記の評価の結果、排せつに介護を要する入所者で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者について、医師、看護師、介護支援専門員等が共同して、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、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"/> 実施 | 排せつの状態に関するスクリーニング・支援計画書 |
| | 上記評価に基づき、少なくとも3月に1回、入所者ごとに支援計画を見直している | <input type="checkbox"/> 実施 | |

| 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | |
|----------------|--|-----------------------------|--------------------|
| 排せつ支援加算（Ⅱ） | 排せつ支援加算（Ⅰ）の要件に適合している | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | 施設入所時の評価の結果、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、又は、おむつ使用ありから使用なしに改善している、又は、尿道カテーテルが留置されていた者について、それが抜去されている | <input type="checkbox"/> あり | |
| 排せつ支援加算（Ⅲ） | 排せつ支援加算（Ⅰ）の要件に適合している | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | 施設入所時の評価の結果、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、かつ、おむつ使用ありから使用なしに改善している | <input type="checkbox"/> あり | |
| 自立支援促進加算 | 医師が入所者ごとに、自立支援に係る医学的評価を入所時に行うとともに、少なくとも3月に1回、医学的評価の見直しを行い、自立支援に係る支援計画等の策定等に参加している | <input type="checkbox"/> 実施 | 自立支援促進に関する評価・支援計画書 |
| | 上記の医学的評価の結果、自立支援の促進が必要であるとされた入所者毎に、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"/> 実施 | 自立支援促進に関する評価・支援計画書 |
| | 上記の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ている | <input type="checkbox"/> 実施 | |
| | 上記の医学的評価の結果等の情報を厚生労働省に提出し、当該情報その他自立支援促進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"/> 実施 | |
| 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"/> 実施 | 3月に1回 |
| | サービスの提供に当たって、上記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"/> 実施 | |

| 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | |
|--------------------|---|-----------------------------|--------------------------------------|
| 科学的介護推進体制加算 (Ⅱ) | 科学的介護推進体制加算(Ⅰ)の情報に加えて、疾病の状況等の情報を厚生労働省に提出している | <input type="checkbox"/> 実施 | 3月に1回 |
| | サービスの提供に当たって、上記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"/> 実施 | |
| 安全対策体制加算 | 事故発生防止のための指針の整備 | <input type="checkbox"/> 実施 | テレビ電話装置等の活用可 |
| | 事故が発生した場合等における報告と、その分析を通じた改善策を従業者に周知徹底する体制(安全管理部門)の整備 | <input type="checkbox"/> 実施 | |
| | 事故発生防止のための委員会及び従業者に対する研修の定期的な実施 | <input type="checkbox"/> 実施 | |
| | 上記の措置を適切に実施するための外部の研修を受けた担当者設置 | <input type="checkbox"/> 実施 | |
| 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 | 第二種協定指定医療機関 () |
| | 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 | |
| | 診療報酬における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 | |
| 高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅱ) | 診療報酬における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感染制御等に係る実地指導を受けている | <input type="checkbox"/> 該当 | 診療報酬における感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関 () |
| 新興感染症等施設療養費 | 入所者が別に厚生労働大臣が定める感染症に感染した場合に相談対応、診療、入院調整等を行う医療機関を確保している | <input type="checkbox"/> 該当 | 1月に1回、連続する5日を限度 |
| | 当該感染症に感染した入所者に対し、適切な感染対策を行った上で、介護サービスを行っている | <input type="checkbox"/> 該当 | |

| 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | |
|---------------------|--|--|--|
| 生産性向上推進体制加算 (Ⅰ) | (1) 利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会において、次に掲げる事項について必要な検討を行い、及び当該事項の実施を定期的に確認している ① 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 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 業務の効率化及び質の向上並びに職員の負担軽減を図るための職員研修 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | (2) (1)の取組及び介護機器の活用による業務の効率化及びケアの質の確保並びに職員の負担軽減に関する実績がある | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | (3) 介護機器を複数種類活用している | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | (4) (1)の委員会において、職員の業務分担の明確化等による業務の効率化及びケアの質の確保並びに負担軽減について必要な検討を行い、当該検討を踏まえ、必要な取組を実施し、及び当該取組の実施を定期的に確認している | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | (5) 事業年度ごとに(1)、(3)及び(4)の取組に関する実績を厚生労働省に報告している | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| 生産性向上推進体制加算 (Ⅱ) | (1) 生産性向上推進体制加算(Ⅰ)の(1)に適合している | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | (2) 介護機器を活用している | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | (3) 事業年度ごとに(2)及び生産性向上推進体制加算(Ⅰ)の(1)の取組に関する実績を厚生労働省に報告している | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| サービス提供体制強化加算 (Ⅰ) | 以下の①、②のいずれかに該当 | | |
| | ①介護職員の総数のうち介護福祉士の数80%以上 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | ②介護職員の総数のうち勤続10年以上の介護福祉士の数35%以上 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | 提供するサービスの質の向上に資する取組を実施 定員、人員基準に適合 | <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 該当 | |

| 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | | |
|---------------------|---|--------------------------|---------------------|--|
| サービス提供体制強化加算 (Ⅱ) | 介護職員の総数のうち介護福祉士の数60%以上 | <input type="checkbox"/> | 該当 | |
| | 定員、人員基準に適合 | <input type="checkbox"/> | 該当 | |
| サービス提供体制強化加算 (Ⅲ) | 以下の①～③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数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数75%以上 | <input type="checkbox"/> | 該当 | |
| | ③サービスを直接提供する職員の総数のうち勤続7年以上の数30%以上 | <input type="checkbox"/> | 該当 | |
| | 定員、人員基準に適合 | <input type="checkbox"/> | 該当 | |
| 療養食加算 | 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 | |
| | 入所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"/> | あり | |
| | 定員、人員基準に適合 | <input type="checkbox"/> | あり | |
| | 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 | 療養食献立表 |
| | 療養食の献立の作成の有無 | <input type="checkbox"/> | あり | 療養食献立表 |
| | 1日につき3回を限度 | <input type="checkbox"/> | 該当 | |
| 退所時栄養情報連携加算 | 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に同意を得て、当該入所者が居宅に退所する場合は主治医の属する病院又は診療所及び担当介護支援専門員に、医療機関等に入院又は入所する場合は当該医療機関等に、管理栄養士が当該入所者の栄養管理に関する情報を提供 | <input type="checkbox"/> | 該当 (1月に1回を限度に算定) | 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、特別な場合の検査食(単なる流動食及び軟食を除く。) |
| | 栄養管理未実施減算又は栄養マネジメント強化加算を算定していない | <input type="checkbox"/> | 該当 | |
| 再入所時栄養連携加算 | 定員、人員基準に適合 | <input type="checkbox"/> | あり | |
| | 入所者が病院又は診療所に入院し、当該者が再入所する際、厚生労働大臣が定める特別食※等を必要とする者に該当 | <input type="checkbox"/> | 該当 | |

| 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | |
|--------------|--|------------------------------------|-------------------------|
| | 管理栄養士が当該者の入院する医療機関を訪問の上、栄養に関する指導又はカンファレンス（入所者等の同意を得たうえでテレビ電話装置等の活用可）に同席し、当該医療機関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 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | 入所者又はその家族に計画を説明し、同意を得る | <input type="checkbox"/> あり | |
| | 栄養管理未実施減算を算定していない | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| 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（施設に常勤栄養士を1名以上配置し、給食管理を行っている場合は70）で除して得た数以上配置している | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | 低栄養状態のリスクが高い入所者に対し、医師、歯科医師、管理栄養士、看護師、介護支援専門員その他職種の者が共同して作成した栄養ケア計画に従い、食事の観察を週3回以上行い、入所者ごとの栄養状態、心身の状況、嗜好等を踏まえた食事の調整等を実施している | <input type="checkbox"/> 実施 | |
| | 低栄養状態のリスクが低い入所者にも、食事の際に変化を把握し、問題がある場合は早期に対応している | <input type="checkbox"/> 実施 | |
| | 入所者ごとの栄養状態等の情報を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"/> 実施 | |
| | 定員、人員基準に適合 | <input type="checkbox"/> あり | |
| | 栄養管理未実施減算を算定していない | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| 経口移行加算 | 定員、人員基準に適合 | <input type="checkbox"/> あり | |
| | 経口による食事摂取のための栄養管理及び支援が必要と医師の指示を受けている | <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、管理栄養士等多職種協働で経口移行計画の作成 | <input type="checkbox"/> あり | 栄養ケア・経口移行・経口維持計画書（参考様式） |
| | 計画を入所者又は家族に説明し、同意を得る | <input type="checkbox"/> あり | |
| | 計画に基づく栄養管理の実施 | <input type="checkbox"/> 実施 | |
| | 計画作成日から起算して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"/> 概ね2週間毎に実施 | |
| | 栄養管理未実施減算を算定していない | <input type="checkbox"/> 該当 | |

| 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | |
|--|---|---------------------------------|---|
| 経口維持加算（Ⅰ） | 定員、人員基準に適合 | <input type="checkbox"/> あり | |
| | 入所者の摂食又は嚥下機能が医師の判断により適切に評価されている | <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"/> されている | |
| | 食形態の配慮等誤嚥防止のための適切な配慮の有無 | <input type="checkbox"/> あり | |
| | 医師、歯科医師等多職種協働で経口維持計画の作成 | <input type="checkbox"/> あり | 栄養ケア・経口移行・経口維持計画書（参考様式） |
| | 計画を入所者又は家族に説明し、同意を得る | <input type="checkbox"/> あり | |
| | 計画に基づく栄養管理の実施 | <input type="checkbox"/> 実施 | |
| | 医師、歯科医師、管理栄養士、看護師、介護支援専門員その他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（テレビ電話装置等の活用可）等を実施 | <input type="checkbox"/> 実施 | ※やむを得ない理由により、参加すべき者が参加できなかった場合は、終了後速やかに情報共有することで算定可 |
| 栄養管理未実施減算又は経口移行加算を算定していない | <input type="checkbox"/> 該当 | | |
| 経口維持加算（Ⅱ） | 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"/> 該当 | |
| | 食事の観察及び会議（テレビ電話装置等の活用可）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参加している | <input type="checkbox"/> 参加している | ※やむを得ない理由により、参加すべき者が参加できなかった場合は、終了後速やかに情報共有することで算定可 |
| 介護職員等処遇改善加算Ⅰ | 1 賃金改善について次に掲げる（1）～（2）いずれにも適合 | <input type="checkbox"/> あり | 処遇改善計画書 |
| | （1）介護職員等処遇改善加算Ⅳを算定した場合に算定することが見込まれる額の2分の1以上を基本給又は決まって毎月支払われる手当に充てること | <input type="checkbox"/> 該当 | ※令和7年3月末まで経過措置 |
| | （2）「経験・技能のある介護職員」のうち1人は賃金改善後の見込額が年額440万円以上 | <input type="checkbox"/> 該当 | ※令和7年3月末まで経過措置 （賃金改善の見込み額が月額8万円以上でも可） |
| | 2 改善計画書の作成、周知、届出 | <input type="checkbox"/> あり | 処遇改善計画書 |
| | 3 賃金改善の実施 | <input type="checkbox"/> あり | |
| | 4 処遇改善に関する実績の報告 | <input type="checkbox"/> あり | 実績報告書 |
| | 5 前12月間に法令違反し、罰金以上の刑 | <input type="checkbox"/> なし | |
| | 6 労働保険料の納付 | <input type="checkbox"/> 適正に納付 | |
| 7 次の（一）、（二）、（三）のいずれにも適合 | <input type="checkbox"/> あり | | |
| （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 | <input type="checkbox"/> あり | | |

| 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | | |
|--|--|--|-----------------------------|--|
| | (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を確保し、全ての介護職員に周知 | <input type="checkbox"/> あり | 研修計画書 | |
| | (三)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書面で作成し、全ての介護職員に周知 | <input type="checkbox"/> あり | | |
| | 8 処遇改善の内容及び処遇改善に要した費用を全ての職員に周知 | <input type="checkbox"/> あり | | |
| | 9 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（見える化要件） | <input type="checkbox"/> あり | | |
| | 10 サービス提供体制強化加算（Ⅰ）又は（Ⅱ）を算定 | <input type="checkbox"/> 該当 | | |
| | 11 令和6年5月31日において介護職員処遇改善加算を算定しており、かつ介護職員等ベースアップ等支援加算を算定していない事業所が、介護職員等ベースアップ等支援加算を算定した場合に算定することが見込まれる額の3分の2以上を介護職員その他の職員の基本給又は決まって支払われる手当に充てる賃金改善の実施 | <input type="checkbox"/> 該当 | ※令和8年3月末まで | |
| | 介護職員等処遇改善加算Ⅱ | 1 賃金改善について次に掲げる（1）～（2）いずれにも適合 | <input type="checkbox"/> あり | 処遇改善計画書 |
| | | （1）介護職員等処遇改善加算Ⅳを算定した場合に算定することが見込まれる額の2分の1以上を基本給又は決まって毎月支払われる手当に充てること | <input type="checkbox"/> 該当 | ※令和7年3月末まで経過措置 |
| | | （2）「経験・技能のある介護職員」のうち1人は賃金改善後の見込額が年額440万円以上 | <input type="checkbox"/> 該当 | ※令和7年3月末まで経過措置 （賃金改善の見込み額が月額8万円以上でも可） |
| | | 2 改善計画書の作成、周知、届出 | <input type="checkbox"/> あり | 処遇改善計画書 |
| | | 3 賃金改善の実施 | <input type="checkbox"/> あり | |
| 4 処遇改善に関する実績の報告 | | <input type="checkbox"/> あり | 実績報告書 | |
| 5 前12月間に法令違反し、罰金以上の刑 | | <input type="checkbox"/> なし | | |
| 6 労働保険料の納付 | | <input type="checkbox"/> 適正に納付 | | |
| 7 次の（一）、（二）、（三）のいずれにも適合 | | <input type="checkbox"/> あり | | |
| （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 | | <input type="checkbox"/> 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を確保し、全ての介護職員に周知 | <input type="checkbox"/> あり | 研修計画書 | |
| | (三)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書面で作成し、全ての介護職員に周知 | <input type="checkbox"/> あり | | |

| 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | |
|--------------|--|--------------------------------|---------------------------|
| | 8 処遇改善の内容及び処遇改善に要した費用を全ての職員に周知 | <input type="checkbox"/> あり | |
| | 9 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（見える化要件） | <input type="checkbox"/> あり | |
| | 10 令和6年5月31日において介護職員処遇改善加算を算定しており、かつ介護職員等ベースアップ等支援加算を算定していない事業所が、介護職員等ベースアップ等支援加算を算定した場合に算定することが見込まれる額の3分の2以上を介護職員その他の職員の基本給又は決まって支払われる手当に充てる賃金改善の実施 | <input type="checkbox"/> 該当 | ※令和8年3月末まで |
| 介護職員等処遇改善加算Ⅲ | 1 介護職員等処遇改善加算Ⅳを算定した場合に算定することが見込まれる額の2分の1以上を基本給又は決まって毎月支払われる手当に充てること | <input type="checkbox"/> 該当 | 処遇改善計画書 ※令和7年3月末まで経過措置 |
| | 2 改善計画書の作成、周知、届出 | <input type="checkbox"/> あり | 処遇改善計画書 |
| | 3 賃金改善の実施 | <input type="checkbox"/> あり | |
| | 4 処遇改善に関する実績の報告 | <input type="checkbox"/> あり | 実績報告書 |
| | 5 前12月間に法令違反し、罰金以上の刑 | <input type="checkbox"/> なし | |
| | 6 労働保険料の納付 | <input type="checkbox"/> 適正に納付 | |
| | 7 次の(一)、(二)、(三)のいずれにも適合 | <input type="checkbox"/> あり | |
| | (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 | <input type="checkbox"/> 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を確保し、全ての介護職員に周知 | <input type="checkbox"/> あり | 研修計画書 |
| | (三)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書面で作成し、全ての介護職員に周知 | <input type="checkbox"/> あり | |
| | 8 処遇改善の内容及び処遇改善に要した費用を全ての職員に周知 | <input type="checkbox"/> あり | |
| | 9 令和6年5月31日において介護職員処遇改善加算を算定しており、かつ介護職員等ベースアップ等支援加算を算定していない事業所が、介護職員等ベースアップ等支援加算を算定した場合に算定することが見込まれる額の3分の2以上を介護職員その他の職員の基本給又は決まって支払われる手当に充てる賃金改善の実施 | <input type="checkbox"/> 該当 | ※令和8年3月末まで |
| 介護職員等処遇改善加算Ⅳ | 1 介護職員等処遇改善加算Ⅳを算定した場合に算定することが見込まれる額の2分の1以上を基本給又は決まって毎月支払われる手当に充てること | <input type="checkbox"/> 該当 | 処遇改善計画書 ※令和7年3月末まで経過措置 |

| 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | |
|--|---|--------------------------------|---------------------------|
| | 2 改善計画書の作成、周知、届出 | <input type="checkbox"/> あり | 処遇改善計画書 |
| | 3 賃金改善の実施 | <input type="checkbox"/> あり | |
| | 4 処遇改善に関する実績の報告 | <input type="checkbox"/> あり | 実績報告書 |
| | 5 前12月間に法令違反し、罰金以上の刑 | <input type="checkbox"/> なし | |
| | 6 労働保険料の納付 | <input type="checkbox"/> 適正に納付 | |
| | 7 次の(一)、(二)のいずれにも適合 | <input type="checkbox"/> あり | |
| | (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 | <input type="checkbox"/> 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を確保し、全ての介護職員に周知 | <input type="checkbox"/> あり | 研修計画書 |
| | 8 処遇改善の内容及び処遇改善に要した費用を全ての職員に周知 | <input type="checkbox"/> あり | |
| | 9 令和6年5月31日において介護職員処遇改善加算を算定しており、かつ介護職員等ベースアップ等支援加算を算定していない事業所が、介護職員等ベースアップ等支援加算を算定した場合に算定することが見込まれる額の3分の2以上を介護職員その他の職員の基本給又は決まって支払われる手当に充てる賃金改善の実施 | <input type="checkbox"/> 該当 | ※令和8年3月末まで |
| 介護職員等処遇改善加算 V | 1「経験・技能のある介護職員」のうち1人は賃金改善後の見込額が年額440万円以上 | <input type="checkbox"/> 該当 | 処遇改善計画書 ※令和7年3月末まで経過措置 |
| | 2 改善計画書の作成、周知、届出 | <input type="checkbox"/> あり | 処遇改善計画書 |
| | 3 賃金改善の実施 | <input type="checkbox"/> あり | |
| | 4 処遇改善に関する実績の報告 | <input type="checkbox"/> あり | 実績報告書 |
| | 5 前12月間に法令違反し、罰金以上の刑 | <input type="checkbox"/> なし | |
| | 6 労働保険料の納付 | <input type="checkbox"/> 適正に納付 | |
| | 7(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 | <input type="checkbox"/> あり | |
| | 7(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を確保し、全ての介護職員に周知 | <input type="checkbox"/> あり | 研修計画書 |
| | 7(三)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書面で作成し、全ての介護職員に周知 | <input type="checkbox"/> あり | |
| | 8 処遇改善の内容及び処遇改善に要した費用を全ての職員に周知 | <input type="checkbox"/> あり | |
| 9 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(見える化要件) | <input type="checkbox"/> あり | | |
| 10 サービス提供体制強化加算(I)又は(II)を算定 | <input type="checkbox"/> 該当 | | |