

各種加算等自己点検シート、各種加算・減算適用要件等一覧

<目次>

1 指定居宅サービス介護給付費

101	訪問介護費
102	訪問入浴介護費
103	訪問看護費
104	訪問リハビリテーション費
105	居宅療養管理指導費
106	通所介護費
107	通所リハビリテーション費
108	短期入所生活介護費
109	短期入所療養介護費
110	特定施設入居者生活介護費
111	福祉用具貸与費

2 指定居宅介護支援介護給付費

201	居宅介護支援費
-----	---------

3 指定施設サービス等介護給付費

301	介護福祉施設サービス
302	介護保健施設サービス
303	介護療養施設サービス

4 指定介護予防サービス介護給付費

401	介護予防訪問介護費
402	介護予防訪問入浴介護費
403	介護予防訪問看護費
404	介護予防訪問リハビリテーション費
405	介護予防居宅療養管理指導費
406	介護予防通所介護費
407	介護予防通所リハビリテーション費
408	介護予防短期入所生活介護費
409	介護予防短期入所療養介護費
410	介護予防特定施設入居者生活介護費
411	介護予防福祉用具貸与費

5 指定介護予防支援介護給付費

501	介護予防支援費
-----	---------

6 指定地域密着型サービス介護給付費

601	夜間対応型訪問介護費
602	認知症対応型通所介護費
603	小規模多機能型居宅介護費
604	認知症対応型共同生活介護費
605	地域密着型特定施設入居者生活介護費
606	地域密着型介護福祉施設サービス

7 指定地域密着型介護予防サービス介護給付費

701	介護予防認知症対応型通所介護費
702	介護予防小規模多機能型居宅介護費
703	介護予防認知症対応型共同生活介護費

※ サービス種別ごとに101～703まで数字(以下「コード」という。)を割り当てています。このコードは、索引するために便宜的に活用するものです。

※ 加算・減算適用要件一覧について

注1 実施加算の区分における△は、各加算にかかる適用条件が実施されることにより算定するものの、人員の配置等体制的要件も含まれるものに付しています。

注2 各種加算・減算ごとのQ&Aは、これまで介護保険最新情報等で周知を図ってきた改訂Q&Aを簡易にまとめたものとなります。

各Q&Aの最後に、介護保険最新情報の問いの番号を記載していますので、疑義が生じた際には必ず各自で介護保険最新情報等を確認してください。

101 訪問介護費

点検項目	点検事項	点検結果	点検結果
3級訪問介護員の訪問		<input type="checkbox"/> あり	経過措置（H22.3.31まで）
2人の訪問	利用者又は家族の同意	<input type="checkbox"/> あり	
夜間加算	18時～22時	<input type="checkbox"/> 該当	サービス提供票
早朝加算	6時～8時	<input type="checkbox"/> 該当	サービス提供票
深夜加算	22時～6時	<input type="checkbox"/> 該当	サービス提供票
特定事業所加算 I	1 計画的な研修計画の作成、実施	<input type="checkbox"/> あり	研修計画書(事業計画書)
	2 利用者情報、留意事項伝達、技術指導等の会議開催	<input type="checkbox"/> 定期的に実施	会議記録
	3 サービス提供責任者による利用者情報等の伝達、報告	<input type="checkbox"/> 文書等により実施	留意事項伝達書(FAX、メール可)、サービス提供報告書
	4 定期的な健康診断の実施	<input type="checkbox"/> 全員に実施	健診受診記録等
	5 緊急時等における対応方法の明示	<input type="checkbox"/> あり	重要事項説明書等
	6 前年度又は算定日が属する月の前3月の訪問介護員等総数のうち、介護福祉士の数が3割以上又は介護福祉士、介護職員基礎研修課程修了者及び1級課程修了者の数が5割以上	<input type="checkbox"/> 配置	職員台帳(履歴書)等
	7 すべてのサービス提供責任者が実務経験3年以上の介護福祉士又は実務経験5年以上の介護職員基礎研修課程修了者若しくは1級課程修了者 ※1を超えるサービス提供責任者が必要の場合は、2人以上の常勤	<input type="checkbox"/> 配置	"
	8 前年度又は、算定日が属する月の前3月の利用者総数のうち要介護4及び5の利用者並びに認知症日常生活自立度Ⅲ以上の利用者	<input type="checkbox"/> 2割以上	利用者台帳等

点検項目	点検事項	点検結果	
特定事業所加算Ⅱ	1 計画的な研修計画の作成、実施	<input type="checkbox"/> あり(含予定)	研修計画書(事業計画書)
	2 利用者情報、留意事項伝達、技術指導等の会議開催	<input type="checkbox"/> 定期的に実施	会議記録
	3 サービス提供責任者による利用者情報等の伝達、報告	<input type="checkbox"/> 文書等により実施	留意事項伝達書(FAX、メール可)、サービス提供報告書
	4 定期的な健康診断の実施	<input type="checkbox"/> 全員に実施	健診受診記録等
	5 緊急時等における対応方法の明示	<input type="checkbox"/> あり	重要事項説明書等
	6 前年度又は算定日が属する月の前3月の訪問介護員等総数のうち、介護福祉士の数が3割以上又は介護福祉士、介護職員基礎研修課程修了者及び1級課程修了者の数が5割以上	<input type="checkbox"/>	6又は7に該当 職員台帳(履歴書)等
	7 すべてのサービス提供責任者が実務経験3年以上の介護福祉士又は実務経験5年以上の介護職員基礎研修課程修了者若しくは1級課程修了者 ※1を超えるサービス提供責任者が必要の場合は、2人以上の常勤	<input type="checkbox"/>	
特定事業所加算Ⅲ	1 研修計画の作成、実施	<input type="checkbox"/> あり(含予定)	研修計画書(事業計画書)
	2 利用者情報、留意事項伝達、技術指導等の会議開催	<input type="checkbox"/> 定期的に実施	会議記録
	3 サービス提供責任者による利用者情報等の伝達、報告	<input type="checkbox"/> 文書等により実施	留意事項伝達書(FAX、メール可)、サービス提供報告書
	4 定期的な健康診断の実施	<input type="checkbox"/> 全員に実施	健診受診記録等
	5 緊急時等における対応方法の明示	<input type="checkbox"/> あり	重要事項説明書等
	6 前年度又は、算定日が属する月の前3月の利用者総数のうち要介護4及び5の利用者並びに認知症日常生活自立度Ⅲ以上の利用者	<input type="checkbox"/> 2割以上	利用者台帳等
緊急時訪問介護加算	ケアマネジャーと連携し、居宅サービス計画に位置づけられていない訪問介護を、利用者等の要請から24時間以内に提供	<input type="checkbox"/> 該当	要請に関する記録、サービス提供記録等

点検項目	点検事項	点検結果	
初回加算	過去二月の利用実績がない	<input type="checkbox"/> 該当	サービス提供記録等
	サービス提供責任者による訪問介護の提供又は同行訪問	<input type="checkbox"/> 該当	
特別地域加算	厚生労働大臣の定める地域	<input type="checkbox"/> 該当	
中山間部地域等における小規模事業所加算	厚生労働大臣の定める地域＋事業者規模要件	<input type="checkbox"/> 該当	
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	厚生労働大臣の定める地域	<input type="checkbox"/> 該当	

102 訪問入浴介護費

点検項目	点検事項	点検結果	
介護職員 3 人の訪問	身体の状態等に支障がない旨、主事の医師の意見の確認	<input type="checkbox"/> あり	確認の記録(規定はなし)
清拭、部分浴	利用者の希望	<input type="checkbox"/> あり	
特別地域加算	厚生労働大臣の定める地域	<input type="checkbox"/> 該当	
サービス提供体制強化加算	1 研修の計画策定、実施	<input type="checkbox"/> 該当	
	2 利用者情報、留意事項伝達、技術指導等の会議開催	<input type="checkbox"/> 定期的に実施	
	3 定期的な健康診断の実施	<input type="checkbox"/> 全員に実施	
	4 介護職員総数のうち介護福祉士の占める割合が3割以上又は介護福祉士及び介護職員基礎研修修了者の占める割合が5割以上	<input type="checkbox"/> 該当	
中山間部地域等における小規模事業所加算	厚生労働大臣の定める地域＋事業所規模要件	<input type="checkbox"/> 該当	
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	厚生労働大臣の定める地域	<input type="checkbox"/> 該当	

103 訪問看護費

点検項目	点検事項	点検結果	
准看護師の訪問		<input type="checkbox"/> 該当	
夜間加算	18時～22時	<input type="checkbox"/> 該当	サービス提供票
早朝加算	6時～8時	<input type="checkbox"/> 該当	サービス提供票
深夜加算	22時～6時	<input type="checkbox"/> 該当	サービス提供票
2人以上による訪問看護	一人で看護をおこなうことが困難な場合	<input type="checkbox"/> 該当	
	両名とも保健師、看護師、准看護師又はPT、OT、ST	<input type="checkbox"/> 該当	
1時間30分以上の訪問看護	特別管理加算の算定者であり1.5H以上の訪問看護をした場合	<input type="checkbox"/> 該当	
緊急時訪問看護加算	看護に関する相談に常時対応できる体制	<input type="checkbox"/> あり	対応マニュアル等
	利用者の同意	<input type="checkbox"/> あり	同意書等(規定はなし)
	早朝・夜間、深夜加算	<input type="checkbox"/> 2回目以降	サービス提供票
	他の訪問看護ステーション等で当該加算の算定の有無	<input type="checkbox"/> なし	
	24時間連絡体制加算(医療保険)の算定	<input type="checkbox"/> なし	

点検項目	点検事項	点検結果	
特別管理加算	1 在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理、在宅悪性腫瘍患者指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理、在宅肺高血圧症患者指導管理、在宅気管切開患者指導管理を受けている又は、重度の褥瘡にある状態	<input type="checkbox"/> 該当	主治医の指示書等
	2 気管カニューレ、ドレーンチューブ又は留置カテーテルを使用している状態	<input type="checkbox"/> 該当	〃
	3 人工肛こう門又は人工膀胱ぼうこうを設置している状態	<input type="checkbox"/> 該当	〃
	計画的な管理の実施	<input type="checkbox"/> あり	
	重症者管理加算(医療保険)の算定	<input type="checkbox"/> なし	
	他の訪問看護ステーション等で当該加算の算定の有無	<input type="checkbox"/> なし	
	症状が重篤の場合医師による診療を受診できるような支援の有無	<input type="checkbox"/> あり	
ターミナルケア加算	24時間連絡及び訪問の体制	<input type="checkbox"/> あり	
	ターミナルケア提供についての身体状況の変化等必要な記録	<input type="checkbox"/> あり	
	主治医と連携のもとターミナルケア計画及び支援体制を利用者、家族に説明と同意	<input type="checkbox"/> あり	訪問看護記録書
	死亡前14日以内に2回以上のターミナルケアの実施又は、ターミナルケア後24時間以降の死亡	<input type="checkbox"/> あり	サービス提供票
	他の訪問看護ステーション等で当該加算の算定の有無	<input type="checkbox"/> なし	
特別地域加算	厚生労働大臣の定める地域	<input type="checkbox"/> 該当	
中山間部地域等における小規模事業所加算	厚生労働大臣の定める地域＋事業所規模要件	<input type="checkbox"/> 該当	
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	厚生労働大臣の定める地域	<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	1 研修の計画策定、実施	<input type="checkbox"/> 該当	
	2 利用者情報、留意事項伝達、技術指導等の会議開催	<input type="checkbox"/> 定期的に実施	
	3 定期的な健康診断の実施	<input type="checkbox"/> 全員に実施	
	4 勤続年数3年以上の看護師等の数	<input type="checkbox"/> 3割以上	

104 訪問リハビリテーション費

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	起算日より1月以内に実施	<input type="checkbox"/> 340単位	リハビリテーション実施計画書(参考様式)等
	起算日より1月以上3月以内に実施	<input type="checkbox"/> 200単位	//
	実施日	<input type="checkbox"/> 概ね週に2日以上	サービス提供票
	起算日より1月以内に実施の場合は週2回以上1回あたり40分以上	<input type="checkbox"/> 該当	
	起算日より1月以上3月以内に実施の場合は週2回以上1回あたり20分以上	<input type="checkbox"/> 該当	
	実施計画の評価、見直し	<input type="checkbox"/> 1月以内に実施	
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	厚生労働大臣の定める地域	<input type="checkbox"/> 該当	
サービス提供体制強化加算	勤続年数3年以上のPT、OT又はST	<input type="checkbox"/> 一名以上配置	

105 居宅療養管理指導費

点検項目	点検事項	点検結果	
麻薬管理指導加算	沈痛緩和のために麻薬の投薬が行われている在宅の利用者又は居住系施設入居者等に対する、麻薬の使用に関する必要な薬学的指導	<input type="checkbox"/> 実施	
情報提供未実施減算	居宅療養管理指導 I を算定した場合のケアマネージャー等への情報提供	<input type="checkbox"/> 未実施	サービス担当者会議出席記録等

106 通所介護費

点検項目	点検事項	点検結果	
人員基準減算		<input type="checkbox"/> 該当	
定員超過減算		<input type="checkbox"/> 該当	
大規模事業所Ⅰ	前年度1月当たり平均延べ利用者数	<input type="checkbox"/> 750人超～900人以下	
大規模事業所Ⅱ	前年度1月当たり平均延べ利用者数	<input type="checkbox"/> 900人超	
6～8時間の前後に行う日常生活上の世話	6時間以上8時間未満のサービス提供	<input type="checkbox"/> 実施	
	8時間以上9時間未満	<input type="checkbox"/> 50単位	
	9時間以上10時間未満	<input type="checkbox"/> 100単位	
入浴加算	入浴介助を適切に行うことのできる人員及び設備	<input type="checkbox"/> 満たす	
	通所計画上の位置づけ	<input type="checkbox"/> あり	
	入浴介助の実施	<input type="checkbox"/> 実施	
個別機能訓練加算Ⅰ	1日120分以上専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等を1名以上配置	<input type="checkbox"/> 配置	
	機能訓練指導員その他の職種が共同して個別機能訓練計画を作成	<input type="checkbox"/> 実施	個別機能訓練計画書
	計画に基づく機能訓練の実施	<input type="checkbox"/> 実施	
	効果、実施方法に対する評価の実施	<input type="checkbox"/> 実施	
	個別機能訓練計画の内容説明、記録	<input type="checkbox"/> 開始時及びその3月後に1回以上実施	
	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

点検項目	点検事項	点検結果	
個別機能訓練加算Ⅱ	サービス提供時間帯を通じて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名以上配置	<input type="checkbox"/> 配置	
	複数の種類の機能訓練項目を準備し、項目の選択に当たっては機能訓練指導員が利用者の選択を援助し、選択した項目ごとにグループに分かれてのサービス提供	<input type="checkbox"/> 実施	
	機能訓練指導員その他の職種が共同して個別機能訓練計画を作成	<input type="checkbox"/> 実施	個別機能訓練計画書
	計画に基づく機能訓練の実施	<input type="checkbox"/> 実施	
	効果、実施方法に対する評価の実施	<input type="checkbox"/> 実施	
	個別機能訓練計画の内容説明、記録	<input type="checkbox"/> 開始時及びその3月後に1回以上実施	
	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
若年性認知症利用者受入加算	若年性認知症利用者ごとに個別に担当者を定める	<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	

点検項目	点検事項	点検結果	
栄養改善加算	管理栄養士を1名以上配置	<input type="checkbox"/> 配置	
	管理栄養士、看護・介護職員等が共同した栄養ケア計画の作成	<input type="checkbox"/> あり	栄養ケア計画(参考様式)
	利用者等に対する計画の説明及び同意の有無	<input type="checkbox"/> あり	
	計画に基づく栄養改善サービスの提供、栄養状態等の記録	<input type="checkbox"/> あり	栄養ケア提供経過記録(参考様式)
	栄養ケア計画の評価、ケアマネ等に対する情報提供	<input type="checkbox"/> 3月ごとに実施	栄養ケアモニタリング(参考様式)
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> あり	
	月の算定回数	<input type="checkbox"/> 2回以下	
口腔機能向上加算	言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員を1名以上配置	<input type="checkbox"/> 配置	
	言語聴覚士、歯科衛生士、看護・介護職員等による口腔機能改善管理指導計画の作成	<input type="checkbox"/> なし	口腔機能改善管理指導計画・管理指導計画(参考様式)
	医療における対応の必要性の有無	<input type="checkbox"/> なし	
	利用者等に対する計画の説明及び同意の有無	<input type="checkbox"/> あり	
	計画に基づく言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員による口腔機能向上サービスの提供、定期的な記録作成	<input type="checkbox"/> あり	口腔機能改善管理指導計画・管理指導計画(参考様式)
	利用者毎の計画の進捗状況を定期的に評価、ケアマネ等への情報提供	<input type="checkbox"/> 3月ごとに実施	口腔機能向上サービスのモニタリング(参考様式)
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> あり	
	月の算定回数	<input type="checkbox"/> 2回以下	
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	厚生労働大臣の定める地域	<input type="checkbox"/> 該当	
サービス提供体制強化加算Ⅰ	1 介護職員のうち介護福祉士の数	<input type="checkbox"/> 4割以上	
	2 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	1 直接処遇職員のうち勤続年数3年以上の職員	<input type="checkbox"/> 3割以上	
	2 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	1 直接処遇職員のうち勤続年数3年以上の職員	<input type="checkbox"/> 3割以上	
	2 定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	

(自己点検シート)

107 通所リハビリテーション費

点検項目	点検事項	点検結果	
大規模事業所	前年度1月当たり平均延べ利用者数	<input type="checkbox"/> 900人超	
理学療法士等体制強化加算	1時間以上2時間未満の通所リハビリテーション	<input type="checkbox"/> 該当	
	理学療法士等を常勤・専従で2名以上	<input type="checkbox"/> 配置	
6～8時間の前後に行う日常生活上の世話	6時間以上8時間未満のサービス提供	<input type="checkbox"/> 実施	
	8時間以上9時間未満	<input type="checkbox"/> 50単位	
	9時間以上10時間未満	<input type="checkbox"/> 100単位	
入浴加算	入浴介助を適切に行うことのできる人員及び設備	<input type="checkbox"/> 満たす	
	通所計画上の位置づけ	<input type="checkbox"/> あり	
	入浴介助の実施	<input type="checkbox"/> 実施	
訪問による通所リハビリテーション計画作成等	医師又は医師の指示を受けたOT・PTの訪問	<input type="checkbox"/> あり	
	医師による通所リハビリテーション計画の診療録への記載	<input type="checkbox"/> あり	診療録
リハビリテーションマネジメント加算	原則一月に8回以上通所	<input type="checkbox"/> 該当	
	利用者に対する実施計画原案の説明、同意	<input type="checkbox"/> あり	リハビリテーション実施計画書又は簡略版(参考様式)
	医師、OT、PT等によるリハビリテーション実施計画の作成	<input type="checkbox"/> あり	リハビリテーション実施計画書(参考様式)
	実施計画に基づくリハビリの実施、利用者の状態の定期的な記録	<input type="checkbox"/> あり	"
	実施計画の評価、見直し	<input type="checkbox"/> 2週間以内	"
	実施計画の定期的評価、見直し	<input type="checkbox"/> 約3月毎に実施	
	居宅介護支援事業者を通じて他のサービス事業者への情報伝達	<input type="checkbox"/> あり	
	終了前リハビリテーションカンファレンスの実施	<input type="checkbox"/> あり	
	終了時に介護支援専門員、医師等への情報提供	<input type="checkbox"/> あり	ケアマネジメント連絡用紙等(参考様式)

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	リハビリテーションマネジメント加算の有無	<input type="checkbox"/>	あり
	短時間の通所リハビリテーション	<input type="checkbox"/>	なし
	起算日より1月以内に実施（概ね週2回以上1回40分以上）	<input type="checkbox"/>	280単位
	起算日より1月を超え3月以内に実施（概ね週2回以上1回20分以上）	<input type="checkbox"/>	140単位
	実施計画の評価、見直し	<input type="checkbox"/>	1月以内
個別リハビリテーション実施加算	基準日より3ヶ月超に実施のリハビリテーションマネジメント加算の有無	<input type="checkbox"/>	あり
	短時間の通所リハビリテーション	<input type="checkbox"/>	なし
	1回20分以上1月13回以上	<input type="checkbox"/>	該当
認知症短期集中リハビリテーション実施加算	退院（所）日又は通所開始日から起算して3月以内	<input type="checkbox"/>	該当
	個別に行う集中的なリハビリテーション	<input type="checkbox"/>	該当
	1週に2日以内	<input type="checkbox"/>	該当
	リハビリテーションマネジメント加算の有無	<input type="checkbox"/>	あり
若年性認知症利用者受入加算	若年性認知症利用者ごとに個別に担当者を定める	<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

点検項目	点検事項	点検結果	
栄養改善加算	管理栄養士を1名以上配置	<input type="checkbox"/> 配置	
	管理栄養士、看護・介護職員等が共同した栄養ケア計画の作成	<input type="checkbox"/> あり	栄養ケア計画(参考様式)
	利用者等に対する計画の説明及び同意の有無	<input type="checkbox"/> あり	
	計画に基づく栄養改善サービスの提供、栄養状態等の記録	<input type="checkbox"/> あり	栄養ケア提供経過記録(参考様式)
	栄養ケア計画の評価、ケアマネ等に対する情報提供	<input type="checkbox"/> 3月ごとに実施	栄養ケアモニタリング(参考様式)
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> あり	
	月の算定回数	<input type="checkbox"/> 2回以下	
口腔機能向上加算	言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員を1名以上配置	<input type="checkbox"/> 配置	
	言語聴覚士、歯科衛生士、看護・介護職員等による口腔機能改善管理指導計画の作成	<input type="checkbox"/> なし	口腔機能改善管理指導計画・管理指導計画(参考様式)
	医療における対応の必要性の有無	<input type="checkbox"/> なし	
	利用者等に対する計画の説明及び同意の有無	<input type="checkbox"/> あり	
	計画に基づく言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員による口腔機能向上サービスの提供、定期的な記録作成	<input type="checkbox"/> あり	口腔機能改善管理指導計画・管理指導計画(参考様式)
	利用者毎の計画の進捗状況を定期的に評価、ケアマネ等への情報提供	<input type="checkbox"/> 3月ごとに実施	口腔機能向上サービスのモニタリング(参考様式)
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	
月の算定回数	<input type="checkbox"/> 2回以下		
サービス提供体制強化加算Ⅰ	介護職員のうち介護福祉士が4割以上	<input type="checkbox"/> 該当	
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	
サービス提供体制強化加算Ⅱ	直接処遇職員のうち勤続年数3年以上の職員が3割以上	<input type="checkbox"/> 該当	
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	厚生労働大臣の定める地域	<input type="checkbox"/> 該当	

108 短期入所生活介護費

点検項目	点検事項	点検結果	
夜勤減算	利用者数25人以下	<input type="checkbox"/>	看護・介護1人未満
	利用者数26人以上60人以下	<input type="checkbox"/>	看護・介護2人未満
	利用者数61人以上80人以下	<input type="checkbox"/>	看護・介護3人未満
	利用者数81人以上100人以下	<input type="checkbox"/>	看護・介護4人未満
	利用者数101人以上	<input type="checkbox"/>	看護・介護4+25 又は端数を増す 毎に1を加えた数 以上
	ユニット型・・・2ユニットごとに1以上	<input type="checkbox"/>	満たさない
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
機能訓練指導員加算	専ら職務に従事する常勤の理学療法士等を1人以上配置	<input type="checkbox"/>	配置
	利用者数が100人超の場合、利用者の数を100で除した数以上配置	<input type="checkbox"/>	配置
看護体制加算（Ⅰ）	1 常勤の看護師1名以上配置	<input type="checkbox"/>	該当
	2 定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/>	あり
看護体制加算（Ⅱ）	1 常勤換算で利用者の数が2.5又はその端数を増すごとに1人以上配置	<input type="checkbox"/>	該当
	2 看護職員による24時間の連絡体制の確保	<input type="checkbox"/>	あり
	3 定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/>	あり

点検項目	点検事項	点検結果	
夜勤職員配置加算 (Ⅰ) 又は (Ⅱ)	夜勤を行う看護職員又は介護職員を、必要となる(夜勤減算とならない)数に1を加えた数以上配置	<input type="checkbox"/> 該当	
認知症行動・心理症状 緊急対応加算	利用者に「認知症の行動・心理状況」が認められ、緊急に短期入所生活介護が必要と医師が判断し、介護支援専門員・受入事業所職員と連携し、利用者又は家族の同意を得て短期入所生活介護を開始	<input type="checkbox"/> 該当	
	加算適用利用者が次を満たす 病院又は診療所に入院中の者、介護保険施設等に入院又は入所中の者、認知症対応型共同生活介護等を利用中の者が、直接、短期入所生活介護の利用を開始していない。	<input type="checkbox"/> 該当	
	医師が判断した日又はその次の日に利用開始	<input type="checkbox"/> 該当	
	利用開始日から7日を限度として算定	<input type="checkbox"/> 該当	
	判断した医師が診療録等に症状、判断の内容等を記録	<input type="checkbox"/> 該当	
	介護サービス計画書による記録	<input type="checkbox"/> 該当	
若年性認知症利用者受 入加算	利用者ごとの個別担当者	<input type="checkbox"/> 該当	
	利用者に応じたサービスの提供	<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	
送迎加算	利用者の心身の状態等が送迎を必要と認められる状態	<input type="checkbox"/> あり	
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	
	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"/> 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、高脂血症食、痛風食及び特別な場合の検査食の提供	<input type="checkbox"/> あり	
	療養食の献立の作成の有無	<input type="checkbox"/> あり	療養食献立表

点検項目	点検事項	点検結果	
緊急短期入所ネットワーク加算	他の事業所と連携し、緊急の短期入所サービス利用に対応する体制の整備	<input type="checkbox"/> あり	
	居宅介護支援事業者等を通じて利用者の心身の状況等を把握	<input type="checkbox"/> あり	
	利用者が介護を行う者が疾病である等の理由により介護を受けることのできない者であること	<input type="checkbox"/> 該当	
	利用定員等の合計100以上確保していること	<input type="checkbox"/> 該当	
	緊急的な利用ニーズ調整のための窓口の明確化	<input type="checkbox"/> あり	
	24時間相談可能な体制確保	<input type="checkbox"/> あり	
	加算適用利用者の利用の理由、期間等の記録の整備	<input type="checkbox"/> あり	利用の理由、期間、 受入後の体制等の記録簿
	連携施設間の情報共有、事例検討等の機会を定期的に設ける	<input type="checkbox"/> あり	
在宅中重度者受入加算	利用者が利用していた訪問看護事業所による健康上の管理	<input type="checkbox"/> 実施	委託契約書
サービス提供体制強化加算Ⅰ	1 介護職員のうち介護福祉士の数	<input type="checkbox"/> 5割以上	
	2 定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> あり	
サービス提供体制強化加算Ⅱ	1 看護・介護職員のうち常勤職員	<input type="checkbox"/> 7割5分以上	
	2 定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> あり	
サービス提供体制強化加算Ⅲ	1 直接処遇職員のうち勤続年数3年以上の職員	<input type="checkbox"/> 3割以上	
	2 定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> あり	

109 短期入所療養介護費

点検項目	点検事項	点検結果	
介護老人保健施設における短期入所療養介護費			
夜勤減算	看護又は介護職員 2人以上 (40人以下は 1以上)	<input type="checkbox"/> 満たさない	
	ユニット型・・・2ユニットごとに 1以上	<input type="checkbox"/> 満たさない	
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	
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 41床以上の場合、利用者数等 20毎に 1、かつ 2名超えて配置 ② 40床以下の場合、利用者数等 20毎に 1以上配置	<input type="checkbox"/> 該当	
リハビリテーション機能強化加算	常勤の PT、OT又は ST を 1人以上配置	<input type="checkbox"/> 配置	
	PT・OTが入所者数を 100で除して得た数以上配置	<input type="checkbox"/> 配置	
	OT・PT・STが入所者数を 50で除して得た数以上配置	<input type="checkbox"/> 配置	
	多職種協働で個別リハビリ計画を作成し、リハビリを実施する体制	<input type="checkbox"/> あり	リハビリ計画書
	開始時に利用者に対し内容を説明し、記録する	<input type="checkbox"/> あり	
	リハビリに関する記録の保管、閲覧への対応	<input type="checkbox"/> あり	
個別リハビリテーション加算	利用者に 20分以上の実施	<input type="checkbox"/> 該当	

点検項目	点検事項	点検結果	
認知症加算	認知症の利用者と他の利用者とを区別している	<input type="checkbox"/> している	
	専ら認知症の利用者が利用する施設	<input type="checkbox"/> なっている	
	入所定員は40人を標準とする	<input type="checkbox"/> なっている	
	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	
	単位毎の利用者が10人程度	<input type="checkbox"/> なっている	
	単位毎の固定した職員配置	<input type="checkbox"/> 配置	
	ユニット型でないこと	<input type="checkbox"/> ユニットでない	
送迎加算	利用者の心身の状態等が送迎を必要と認められる状態	<input type="checkbox"/> あり	
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	
	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"/> 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、高脂血症食、痛風食及び特別な場合の検査食の提供	<input type="checkbox"/> あり	
	療養食の献立の作成の有無	<input type="checkbox"/> あり	

点検項目	点検事項	点検結果	
緊急時短期入所ネットワーク加算	他の事業所と連携し、緊急の短期入所サービス利用に対応する体制の整備	<input type="checkbox"/> あり	
	居宅介護支援事業者等を通じて利用者の心身の状況等を把握	<input type="checkbox"/> あり	
	介護を行う者が介護を受けることのできない者であること	<input type="checkbox"/> 該当	
	利用定員等の合計数を30以上確保していること	<input type="checkbox"/> 該当	
	緊急的に利用ニーズ調整のための窓口の明確化	<input type="checkbox"/> あり	
	24時間相談可能な体制確保	<input type="checkbox"/> あり	
	加算適用利用者の利用の理由、期間等の記録の整備	<input type="checkbox"/> あり	利用の理由、期間、 受入後の体制等の記録簿
	連携施設間の情報共有、事例検討等の機会の定期的に設置	<input type="checkbox"/> あり	
緊急時治療管理	3日を限度に算定	<input type="checkbox"/> 3日以内	
	同一の利用者について月に1回まで算定	<input type="checkbox"/> 1回以下	
サービス提供体制強化加算Ⅰ	介護職員のうち介護福祉士の数5割以上	<input type="checkbox"/> 該当	
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	
サービス提供体制強化加算Ⅱ	看護・介護職員のうち常勤職員7割5分以上	<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	直接処遇職員のうち勤続年数3年以上の職員3割以上	<input type="checkbox"/> 該当	
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	

点検項目	点検事項	点検結果	
認知症・心理症状緊急 対応加算	利用者に認知症の行動・心理症状が認められ、緊急に短期入所介護が必要と医師の判断、介護支援専門員、受入事業所の職員との連携、利用者又は家族の同意、判断した医師が診療記録に症状診断の内容等を記録の有無	<input type="checkbox"/> あり	
	医師が判断した日又はその次の日に利用開始	<input type="checkbox"/> 該当	
	7日以内の利用	<input type="checkbox"/> 該当	
	介護サービス計画書による記録	<input type="checkbox"/> 該当	
若年性認知症利用者受 入加算	若年性認知症利用者ごとの個別担当者	<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	

点検項目	点検事項	点検結果	
療養病床を有する病院における短期入所療養介護費			
夜勤減算	利用者の合計数が30又はその端数を増す毎に看護又は介護職員1(ただし2人以上)	<input type="checkbox"/> 満たさない	
	看護職員の数が1以上	<input type="checkbox"/> 満たさない	
	看護又は介護職員の1人当たり平均夜勤時間64時間以下	<input type="checkbox"/> 満たさない	
	ユニット型・・・2ユニットごとに看護又は介護職員1以上	<input type="checkbox"/> 満たさない	
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	
病院療養病床療養環境減算	廊下幅1.8m(両側に居室の場合2.7m)未満	<input type="checkbox"/> 満たさない	
夜間勤務等看護Ⅰ	看護職員が15:1、2人以上配置	<input type="checkbox"/> 満たす	
	月平均夜勤時間72時間以下	<input type="checkbox"/> 満たす	
夜間勤務等看護Ⅱ	看護職員が20:1、2人以上配置	<input type="checkbox"/> 満たす	
	月平均夜勤時間72時間以下	<input type="checkbox"/> 満たす	
夜間勤務等看護Ⅲ	看護・介護職員が15:1、2人以上配置	<input type="checkbox"/> 満たす	
	月平均夜勤時間72時間以下	<input type="checkbox"/> 満たす	
	看護職員1以上	<input type="checkbox"/> 満たす	
夜間勤務等看護Ⅳ	看護・介護職員が20:1、2人以上配置	<input type="checkbox"/> 満たす	
	月平均夜勤時間72時間以下	<input type="checkbox"/> 満たす	
	看護職員1以上	<input type="checkbox"/> 満たす	

点検項目	点検事項	点検結果	
送迎加算	利用者の心身の状態等が送迎を必要と認められる状態	<input type="checkbox"/> あり	
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	
	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"/> 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、高脂血症食、痛風食及び特別な場合の検査食の提供	<input type="checkbox"/> あり	
	療養食の献立の作成の有無	<input type="checkbox"/> あり	
緊急時短期入所ネットワーク加算	他の事業所と連携し、緊急の短期入所サービス利用に対応する体制の整備	<input type="checkbox"/> あり	
	居宅介護支援事業者等を通じて利用者の心身の状況等を把握	<input type="checkbox"/> あり	
	介護を行う者が介護を受けることのできない者であること	<input type="checkbox"/> 該当	
	利用定員等の合計を30以上確保していること	<input type="checkbox"/> 該当	
	緊急的に利用ニーズ対応のための窓口の明確化	<input type="checkbox"/> あり	
	24時間相談可能な体制確保	<input type="checkbox"/> あり	
	加算適用利用者の利用の理由、期間等の記録の整備	<input type="checkbox"/> あり	利用の理由、期間、受入後の体制等の記録簿
認知症・心理症状緊急対応加算	連携施設間の情報共有、事例検討等の機会の定期的な設置	<input type="checkbox"/> あり	
	利用者に認知症の行動・心理症状が認められ、緊急に短期入所介護が必要と医師の判断、介護支援専門員、受入事業所の職員との連携、利用者又は家族の同意、判断した医師が診療記録に症状診断の内容等を記録の有無	<input type="checkbox"/> あり	
	医師が判断した日又はその次の日に利用開始	<input type="checkbox"/> 該当	
	7日以内の利用	<input type="checkbox"/> 該当	
	介護サービス計画書による記録	<input type="checkbox"/> 該当	

点検項目	点検事項	点検結果	
若年性認知症利用者受入加算	若年性認知症利用者ごとの個別担当者	<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	
サービス提供体制強化加算Ⅰ	介護職員のうち介護福祉士の数5割以上	<input type="checkbox"/> 該当	
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	
サービス提供体制強化加算Ⅱ	看護・介護職員のうち常勤職員7割5分以上	<input type="checkbox"/> 該当	
	小規模型 所要時間4時間以上6時間未満 要介護2	<input type="checkbox"/> 該当	
サービス提供体制強化加算Ⅲ	直接処遇職員のうち勤続年数3年以上の職員3割以上	<input type="checkbox"/> 該当	
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	

点検項目	点検事項	点検結果	
療養病床を有する診療所における短期入所療養介護費			
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	
診療所設備基準減算	廊下幅1.8m(両側に居室の場合2.7m)未満	<input type="checkbox"/> 満たさない	
送迎加算	利用者の心身の状態等が送迎を必要と認められる状態	<input type="checkbox"/> あり	
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	
	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"/> 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、高脂血症食、痛風食及び特別な場合の検査食の提供	<input type="checkbox"/> あり	
	療養食の献立の作成の有無	<input type="checkbox"/> あり	

点検項目	点検事項	点検結果	
緊急時短期入所ネットワーク加算	他の事業所と連携し、緊急の短期入所サービス利用に対応する体制の整備	<input type="checkbox"/> あり	
	居宅介護支援事業者等を通じて利用者の心身の状況等を把握	<input type="checkbox"/> あり	
	介護を行う者が介護を受けることのできない者であること	<input type="checkbox"/> 該当	
	利用定員等の合計数を30以上確保していること	<input type="checkbox"/> 該当	
	緊急的に利用ニーズ対応のための窓口の明確化	<input type="checkbox"/> あり	
	24時間相談可能な体制確保	<input type="checkbox"/> あり	
	加算適用利用者の利用の理由、期間等の記録の整備	<input type="checkbox"/> あり	利用の理由、期間、 受入後の体制等の記録簿
	連携施設間の情報共有、事例検討等の機会の定期的な設置	<input type="checkbox"/> あり	
認知症・心理症状緊急対応加算	利用者に認知症の行動・心理症状が認められ、緊急に短期入所介護が必要と医師の判断、介護支援専門員、受入事業所の職員との連携、利用者又は家族の同意、判断した医師が診療記録に症状診断の内容等を記録の有無	<input type="checkbox"/> 該当	
	医師が判断した日又はその次の日に利用開始	<input type="checkbox"/> 該当	
	7日以内の利用	<input type="checkbox"/> 該当	
	介護サービス計画書による記録	<input type="checkbox"/> 該当	
若年性認知症利用者受入加算	若年性認知症利用者ごとの個別担当者	<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	
サービス提供体制強化加算Ⅰ	介護職員のうち介護福祉士の数5割以上	<input type="checkbox"/> 該当	
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	
サービス提供体制強化加算Ⅱ	看護・介護職員のうち常勤職員7割5分以上	<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	直接処遇職員のうち勤続年数3年以上の職員3割以上	<input type="checkbox"/> 該当	
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	

点検項目	点検事項	点検結果	
老人性認知症疾患療養病棟を有する病院における短期入所療養介護費			
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	
送迎加算	利用者の心身の状態等が送迎を必要と認められる状態	<input type="checkbox"/> あり	
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	
	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"/> 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、高脂血症食、痛風食及び特別な場合の検査食の提供	<input type="checkbox"/> あり	
	療養食の献立の作成の有無	<input type="checkbox"/> あり	
緊急時短期入所ネットワーク加算	他の事業所と連携し、緊急の短期入所サービス利用に対応する体制の整備	<input type="checkbox"/> あり	
	居宅介護支援事業者等を通じて利用者の心身の状況等を把握	<input type="checkbox"/> あり	
	利用者が介護を受けることのできない者であること	<input type="checkbox"/> 該当	
	利用定員を30以上確保していること	<input type="checkbox"/> 該当	
	緊急的に利用ニーズ対応のための窓口の明確化	<input type="checkbox"/> あり	
	24時間相談可能な体制確保	<input type="checkbox"/> あり	
	加算適用利用者の利用の理由、期間等の記録の整備	<input type="checkbox"/> あり	利用の理由、期間、 受入後の体制等の記録簿
	連携施設間の情報共有、事例検討等の機会の定期的な設置	<input type="checkbox"/> 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	介護職員のうち介護福祉士の数 5 割以上	<input type="checkbox"/> 該当	
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	
サービス提供体制強化 加算Ⅱ	看護・介護職員のうち常勤職員 7 割 5 分以上	<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	直接処遇職員のうち勤続年数 3 年以上の職員 3 割以上	<input type="checkbox"/> 該当	
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	

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	
個別機能訓練加算	専ら職務に従事する常勤の理学療法士等を1人以上配置	<input type="checkbox"/> 配置	
	利用者数が100人超の場合、利用者の数を100で除した数以上機能訓練指導員を配置	<input type="checkbox"/> 配置	
	多職種協働による個別機能訓練計画の作成	<input type="checkbox"/> 作成	個別機能訓練計画
	開始時における利用者等に対する計画の内容説明	<input type="checkbox"/> 実施	
	利用者に対する計画の内容説明、記録	<input type="checkbox"/> 3月毎に実施	
	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
夜間看護体制加算	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	
	24時間連絡体制の確保等	<input type="checkbox"/> あり	夜間連絡・対応体制の指針、マニュアル等
	重度化した場合における対応の指針の有無	<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、同意の有無	<input type="checkbox"/> あり	
医療機関連携加算	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	
	利用者の同意の有無	<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	
	協力医療機関等と情報内容を定めている	<input type="checkbox"/> あり	
	協力医療機関又は利用者の主治医に月1回以上情報提供	<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	

111 福祉用具貸与費

点検項目	点検事項	点検結果	
特別地域加算	厚生労働大臣の定める地域	<input type="checkbox"/> 該当	
中山間部地域等における小規模事業所加算	厚生労働大臣の定める地域＋事業所規模要件	<input type="checkbox"/> 該当	
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	厚生労働大臣の定める地域	<input type="checkbox"/> 該当	

201 居宅介護支援費

点検項目	点検事項	点検結果	
運営基準減算 (70/100)	居宅サービス計画の新規作成及びその変更にあたって、利用者の居宅を訪問し、利用者及び家族に面接の実施	<input type="checkbox"/> 未実施	
	サービス担当者会議の開催		
	居宅サービス計画を新規に作成した場合及び変更した場合	<input type="checkbox"/> 未開催	
	要介護認定を受けている利用者が要介護更新認定を受けた場合	<input type="checkbox"/> 未開催	
	要介護認定を受けている利用者が要介護状態区分の変更の認定を受けた場合	<input type="checkbox"/> 未開催	
	居宅サービス計画の原案の内容について利用者又はその家族に対して説明し、文書により利用者の同意を得た上で、居宅サービス計画を利用者及び担当者に交付	<input type="checkbox"/> 未交付	
	モニタリングにあたって、1月に利用者の居宅を訪問し、利用者に面接の実施	<input type="checkbox"/> 未実施	
	モニタリングの結果の記録	<input type="checkbox"/> 1ヶ月以上未実施	
運営基準減算 (50/100)	運営基準減算（70/100）が2月以上継続	<input type="checkbox"/> 継続	
特別地域加算	厚生労働大臣の定める地域	<input type="checkbox"/> 該当	

点検項目	点検事項	点検結果	
特定事業所集中減算	①～⑤に掲げる事項を記載した書類を作成及び保存		
	①判定期間における居宅サービス計画の総数	<input type="checkbox"/>	作成及び保存
	②訪問介護、通所介護又は福祉用具貸与のそれぞれが位置付けられた居宅サービス計画数	<input type="checkbox"/>	作成及び保存
	③訪問介護、通所介護又は福祉用具貸与のそれぞれの紹介率最高法人が位置付けられた居宅サービス計画数並びに紹介率最高法人の名称、住所、事業所名及び代表者名	<input type="checkbox"/>	作成及び保存
	④算定方法で計算した割合	<input type="checkbox"/>	作成及び保存
	⑤算定方法で計算した割合が90%を超えている場合であって正当な理由がある場合においては、その正当な理由	<input type="checkbox"/>	作成及び保存
	前6月間に作成した居宅サービス計画に位置づけられた指定訪問介護、指定通所介護又は福祉用具貸与（以下「訪問介護サービス等」）の提供総数のうち、同一の訪問介護サービス等に係る事業者によって提供されたものの占める割合	<input type="checkbox"/>	90/100以上
医療連携加算	入院する病院又は診療所の職員に入院して7日以内に利用者に係る心身の状況等の情報提供	<input type="checkbox"/>	あり
初回加算	新規に居宅サービス計画を作成	<input type="checkbox"/>	該当
	要支援者が要介護認定を受けた場合に居宅サービス計画を作成	<input type="checkbox"/>	該当
	要介護状態区分が2区分以上変更された場合に居宅サービス計画を作成	<input type="checkbox"/>	該当

点検項目	点検事項	点検結果	
退院・退所加算（Ⅰ）	30日以下の入院・入所期間を経た後の退院・退所にあたって、病院・施設の職員と面接を行って退院後7日以内に利用者に関する情報の提供を受け、居宅サービス計画を作成、居宅サービス・地域密着型サービスの利用に関する調整	<input type="checkbox"/>	該当
	初回加算	<input type="checkbox"/>	算定されていない
退院・退所加算（Ⅱ）	30日を超える入院・入所期間を経た後の退院・退所にあたって、病院・施設の職員と面接を行って退院後7日以内に利用者に関する情報の提供を受け、居宅サービス計画を作成、居宅サービス・地域密着型サービスの利用に関する調整	<input type="checkbox"/>	該当
	初回加算	<input type="checkbox"/>	算定されていない
認知症加算	認知症日常生活自立度Ⅲ以上の利用者	<input type="checkbox"/>	該当
独居高齢者加算	利用者からの単身居住の申立てがあった場合で住民票上単独世帯であることの確認をした利用者 ただし、住民票による確認を行うことについて、利用者の同意が得られなかった場合又は住民票においては単独世帯ではなかった場合、介護支援専門員のアセスメントにより単身で居住していると認められる利用者	<input type="checkbox"/>	該当
小規模多機能型居宅介護事業所連携加算	利用者が小規模多機能型居宅介護の利用を開始する際に、介護支援専門員が小規模多機能型居宅介護事業所に出向き、利用者の居宅サービスの利用状況等の情報提供を行い、当該事業所の居宅サービス計画の作成に協力	<input type="checkbox"/>	該当
中山間部地域等における小規模事業所加算	厚生労働大臣の定める地域、厚生労働大臣が定める施設基準	<input type="checkbox"/>	該当
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	厚生労働大臣の定める地域	<input type="checkbox"/>	該当

点検項目	点検事項	点検結果	
特定事業所加算（Ⅰ）	常勤かつ専従の主任介護支援専門員	<input type="checkbox"/>	配置
	常勤かつ専従の介護支援専門員（主任介護支援専門員を除く）	<input type="checkbox"/>	3名以上配置
	利用者に関する情報又はサービス提供に当たっての留意事項に係る伝達等を目的とした会議を定期的開催	<input type="checkbox"/>	開催
	24時間連絡体制を確保し、かつ、必要に応じて利用者等の相談に対応する体制	<input type="checkbox"/>	確保
	算定日が属する月の利用者の総数のうち、要介護3、要介護4及び要介護5である者の割合	<input type="checkbox"/>	5割以上
	計画的な研修（研修計画の作成及び実施）	<input type="checkbox"/>	実施
	地域包括支援センターから支援が困難な事例を紹介された場合においても、当該支援が困難な事例に係る者に指定居宅介護支援を提供	<input type="checkbox"/>	提供
	地域包括支援センター等が実施する事例検討会	<input type="checkbox"/>	参加
	運営基準減算又は特定事業所集中減算	<input type="checkbox"/>	未適用
	介護支援専門員1人当たりの利用者数	<input type="checkbox"/>	40名未満
特定事業所加算（Ⅱ）	利用者に関する情報又はサービス提供に当たっての留意事項に係る伝達等を目的とした会議を定期的開催	<input type="checkbox"/>	開催
	24時間連絡体制を確保し、かつ、必要に応じて利用者等の相談に対応する体制	<input type="checkbox"/>	確保
	運営基準減算又は特定事業所集中減算	<input type="checkbox"/>	未適用
	介護支援専門員1人当たりの利用者数	<input type="checkbox"/>	40名未満
	常勤かつ専従の主任介護支援専門員等	<input type="checkbox"/>	配置
	常勤かつ専従の介護支援専門員（主任介護支援専門員を除く）	<input type="checkbox"/>	2名以上配置

301 介護福祉施設サービス

点検項目	点検事項	点検結果	
夜勤減算	利用者数25人以下	<input type="checkbox"/> 看護・介護1人未満	
	利用者数26人以上60人以下	<input type="checkbox"/> " 2人未満	
	利用者数61人以上80人以下	<input type="checkbox"/> " 3人未満	
	利用者数81人以上100人以下	<input type="checkbox"/> " 4人未満	
	利用者数101人以上	<input type="checkbox"/> " 4+25又は端数を増す毎に1を加えた数未満	
	ユニット型・・・2ユニットごとに1以上	<input type="checkbox"/> 満たさない	
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	身体拘束等を行う場合の記録を行っていない	<input type="checkbox"/> 未整備	
日常生活継続支援加算	入所者総数のうち要介護4・5の者が6割5分以上、又は介護を必要とする認知症入所者（日常生活自立度Ⅲ以上）が6割以上	<input type="checkbox"/> 該当	
	介護福祉士の数 常勤換算で6：1以上	<input type="checkbox"/> 配置	
	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	
看護体制加算Ⅰイ	定員31人以上50人以下	<input type="checkbox"/> 該当	
	常勤看護師1名以上	<input type="checkbox"/> 配置	
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	

点検項目	点検事項	点検結果	
看護体制加算Ⅰ□	定員30人又は51人以上	<input type="checkbox"/> 該当	
	常勤看護師1名以上	<input type="checkbox"/> 配置	
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	
看護体制加算Ⅱイ	定員31人以上50人以下	<input type="checkbox"/> 配置	
	看護職員の数常勤換算方法25:1+人員基準配置数+1	<input type="checkbox"/> 配置	
	看護職員との連携による24時間の連絡体制	<input type="checkbox"/> あり	
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	
看護体制加算Ⅱ□	定員30人又は51人以上	<input type="checkbox"/> 該当	
	看護職員の数常勤換算方法25:1+人員基準配置数+1	<input type="checkbox"/> 該当	
	看護職員との連携による24時間の連絡体制	<input type="checkbox"/> あり	
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	
夜勤職員配置加算Ⅰイ	介護福祉施設サービス又は旧措置入所者介護福祉施設サービス	<input type="checkbox"/> 算定	
	定員31人以上50人以下	<input type="checkbox"/> 該当	
	夜勤職員数に1以上加えた職員の配置	<input type="checkbox"/> 該当	
夜勤職員配置加算Ⅰ□	介護福祉施設サービス又は旧措置入所者介護福祉施設サービス	<input type="checkbox"/> 算定	
	定員30人又は51人以上	<input type="checkbox"/> 該当	
	夜勤職員数に1以上加えた職員の配置	<input type="checkbox"/> 該当	
夜勤職員配置加算Ⅱイ	ユニット型サービス	<input type="checkbox"/> 算定	
	定員31人以上50人以下	<input type="checkbox"/> 該当	
	夜勤職員数に1以上加えた職員の配置	<input type="checkbox"/> 該当	
夜勤職員配置加算Ⅱ□	ユニット型サービス	<input type="checkbox"/> 算定	
	定員30人又は51人以上	<input type="checkbox"/> 該当	
	夜勤職員数に1以上加えた職員の配置	<input type="checkbox"/> 該当	

点検項目	点検事項	点検結果	
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"/> あり	
	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"/> あり	
	日中、準ユニットごとに1人以上の介護・看護職員の配置	<input type="checkbox"/> 配置	
	夜間、深夜に2準ユニットごとに1人以上の介護・看護職員の配置	<input type="checkbox"/> 配置	
	準ユニットごとに常勤のユニットリーダー配置	<input type="checkbox"/> 配置	
個別機能訓練加算	個別機能訓練開始時の利用者への説明の有無	<input type="checkbox"/> あり	
	専ら職務に従事する常勤の理学療法士等を1人以上配置	<input type="checkbox"/> 配置	
	利用者数が100人超の場合、利用者の数を100で除した数以上配置	<input type="checkbox"/> 配置	
	多職種共同による個別機能訓練計画の作成	<input type="checkbox"/> 作成	個別機能訓練計画書
	入所者に対する計画の内容説明、記録	<input type="checkbox"/> 3月毎に実施	
	訓練の効果、実施方法等に対する評価等	<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
若年性認知症利用者受入加算	若年性認知症利用者ごとに個別に担当者定める	<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	
専従の常勤医師配置加算	専ら職務に従事する常勤の医師1名以上配置	<input type="checkbox"/> 配置	
	入所者数が100人超の場合、入所者の数を100で除した数以上配置	<input type="checkbox"/> 配置	
精神科医師配置加算	認知症入所者が全入所者の1/3以上	<input type="checkbox"/> 満たす	
	精神科担当医師が月2回以上定期的に療養指導を実施	<input type="checkbox"/> 実施	
	常勤医師加算の算定	<input type="checkbox"/> 算定していない	
	配置医師が精神科を兼ねる場合	<input type="checkbox"/> 5回目以降	
	療養指導の記録の整備	<input type="checkbox"/> あり	療養指導の記録

点検項目	点検事項	点検結果	
障害者生活支援体制加算	視覚、聴覚・言語、重度の知的障害のある者が15人以上	<input type="checkbox"/> 満たす	
	専ら障害者生活支援員としての職務に従事する常勤職員1名以上配置	<input type="checkbox"/> 配置	
	障害者生活支援員として点字の指導、点訳、手話通訳、知的障害者福祉司等の要件を満たす	<input type="checkbox"/> 満たす	履歴書等
	入所者が50人超の場合は、1名に加え入所者を50で除して得た数以上配置	<input type="checkbox"/> 配置	
外泊加算	外泊をした場合	<input type="checkbox"/> 6日以下	
	短期入所生活介護のベッドの活用の有無	<input type="checkbox"/> なし	
初期加算	入所した日から起算して30日以内	<input type="checkbox"/>	
	算定期間中の外泊	<input type="checkbox"/> なし	
	過去3月以内の当該施設への入所(自立度判定基準によるⅢ、Ⅳ、Mの場合は1月以内)	<input type="checkbox"/> なし	
	30日以上入院後の入所	<input type="checkbox"/> あり	
退所前後訪問相談援助加算	入所期間が1月以上(見込みを含む)	<input type="checkbox"/> 満たす	
	介護支援専門員、生活相談員、看護職員、機能訓練指導員、医師のいずれかが退所後生活する居宅を訪問し、利用者及び家族に対し相談援助を実施(2回を限度)	<input type="checkbox"/> 満たす	
	退所後30日以内に入所者及び家族等に対し相談援助を実施	<input type="checkbox"/> 満たす	
	退所の理由が病院、診療所及び他の介護保険施設への入院・入所、死亡ではない	<input type="checkbox"/> 満たす	
	相談援助の実施日、内容の記録の整備	<input type="checkbox"/> 満たす	相談記録

点検項目	点検事項	点検結果		
退所時相談援助加算	入所期間が1月以上	<input type="checkbox"/>	満たす	
	退所時に入所者等に対し退所後の居宅サービス等についての相談援助を実施	<input type="checkbox"/>	満たす	
	退所日から2週間以内に市町村、老人介護支援センターに対し、利用者の同意を得て介護状況を示す文書による情報提供	<input type="checkbox"/>	満たす	
	退所の理由が病院、診療所及び他の介護保険施設への入院・入所、死亡ではない	<input type="checkbox"/>	満たす	
	相談援助の実施日、内容の記録の整備	<input type="checkbox"/>	満たす	相談記録
退所前連携加算	入所期間が1月以上	<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、利用者の同意を得て介護状況を示す文書による情報提供をし、かつ、居宅サービス等の利用に関する調整を実施	<input type="checkbox"/>	満たす	
	退所の理由が病院、診療所及び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	相談記録
栄養マネジメント加算	常勤管理栄養士1名以上配置	<input type="checkbox"/>	配置	
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/>	あり	
	医師、管理栄養士等多職種協働で栄養ケア計画の作成	<input type="checkbox"/>	あり	栄養ケア計画(参考様式)
	入所者又は家族等に計画を説明し、同意を得る	<input type="checkbox"/>	あり	
	計画に基づく栄養管理及び栄養状態を定期的に記録	<input type="checkbox"/>		栄養ケア提供経過記録(参考様式)
	計画の進捗状況を定期的に評価、見直し(リスク高)	<input type="checkbox"/>	2週間毎に実施	栄養ケアモニタリング(参考様式)
	〃 (リスク低)	<input type="checkbox"/>	3月毎に実施	栄養ケアモニタリング(参考様式)
	栄養状態の把握(体重測定等)	<input type="checkbox"/>	1回/月実施	
栄養スクリーニングの実施	<input type="checkbox"/>	3月毎に実施		

点検項目	点検事項	点検結果	
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	栄養ケア計画(参考様式)を準用
	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"/> 2週間毎に実施	
経口維持加算Ⅰ	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> あり	
	著しい摂食機能障害を有し誤嚥が認められ(造影撮影又は内視鏡検査による。)経口による食事摂取のための管理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、管理栄養士等多職種協働で経口維持計画の作成	<input type="checkbox"/> あり	栄養ケア計画(参考様式)を準用
	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及び入所者の同意の有無	<input type="checkbox"/> あり	
	180日を超えて算定する場合の定期的な医師の指示	<input type="checkbox"/> 2週間毎に実施	
	経口移行加算、経口維持加算Ⅱを算定していない	<input type="checkbox"/> 算定していない	

点検項目	点検事項	点検結果	
経口維持加算Ⅱ	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> あり	
	摂食機能障害を有し誤嚥が認められ(水飲みテスト等による。)経口による食事摂取のための管理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、管理栄養士等多職種協働で経口維持計画の作成	<input type="checkbox"/> あり	栄養ケア計画(参考様式)を準用
	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及び入所者の同意の有無	<input type="checkbox"/> あり	
	180日を超えて算定する場合の定期的な医師の指示	<input type="checkbox"/> 2週間毎に実施	
経口移行加算、経口維持加算Ⅰを算定していない	<input type="checkbox"/> 算定していない		
口腔機能維持管理加算	歯科医師又は歯科医師の指示をうけた歯科衛生士が、介護職員に(口腔ケアにかかる)助言、指導を行う	<input type="checkbox"/> 月1回以上	
	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	
	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	
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、高脂血症食、痛風食及び特別な場合の検査食の提供	<input type="checkbox"/> あり	
	療養食の献立の作成の有無	<input type="checkbox"/> あり	療養食献立表

点検項目	点検事項	点検結果	
看取り介護加算	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"/>	あり
	入所者又はその家族等の同意を得て、入所者の介護に係る計画が作成されている	<input type="checkbox"/>	あり
	医師、看護師、介護職員等が共同して入所者の状態又は家族の求めに応じ随時説明をし、同意を得ている	<input type="checkbox"/>	あり
	常勤看護師 1 名以上	<input type="checkbox"/>	あり
	常勤看護職員、または病院等の看護職員との連携により 24 時間の連絡体制	<input type="checkbox"/>	あり
	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"/>	あり
	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。施設退所等の際本人又は家族に文書にて同意を得ている	<input type="checkbox"/>	あり
	職員研修	<input type="checkbox"/>	あり
	個室又は静養室の利用が可能。多床室であって看取りを行う際には個室又は静養室を利用。	<input type="checkbox"/>	該当
	(1) 死亡日以前 4 日以上 30 日以内	<input type="checkbox"/>	1 日 80 単位
(2) 死亡日の前日及び前々日	<input type="checkbox"/>	1 日 680 単位	
(3) 死亡日	<input type="checkbox"/>	1 日 1,280 単位	

点検項目	点検事項	点検結果	
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の確認、記録の実施	<input type="checkbox"/> あり	
	入所者の家族との連絡調整の実施	<input type="checkbox"/> あり	
	入所者が希望する居宅介護支援事業者に対し、必要な情報提供、退所後の利用サービス調整の実施	<input type="checkbox"/> あり	介護状況を示す文書
	算定根拠等の関係書類の整備の有無	<input type="checkbox"/> あり	
在宅・入所相互利用加算	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"/> あり	同意書
	要介護3、4、5の者	<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の説明及び合意の有無	<input type="checkbox"/> あり	
	施設の介護支援専門員、介護職員等、在宅の介護支援専門員等との支援チームの結成	<input type="checkbox"/> あり	
	概ね月に1回のカンファレンスの実施及び記録の有無	<input type="checkbox"/> あり	次期在宅期間、入所期間の介護の目標及び方針をまとめた記録
	多床室でないこと	<input type="checkbox"/> 個室等	
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者の対象者(日常生活自立度ランクⅢ以上の者である)の割合が5割以上	<input type="checkbox"/> 該当	
	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	

点検項目	点検事項	点検結果	
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者の対象者(日常生活自立度ランクⅢ以上の者である)の割合が5割以上	<input type="checkbox"/> 該当	
	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	
	専門的な研修修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等を実施	<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	
サービス提供体制強化加算Ⅰ	介護職員の総数のうち介護福祉士の数5割以上	<input type="checkbox"/> 該当	
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	
サービス提供体制強化加算Ⅱ	看護、介護職員の総数のうち常勤職員の数7割5分以上	<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	直接提供する職員総数のうち勤続3年以上の職員の数3割以上	<input type="checkbox"/> 該当	
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	

302 介護保健施設サービス

点検項目	点検事項	点検結果	
夜勤減算	看護又は介護職員 2 人以上 (40人以下は 1 以上)	<input type="checkbox"/> 満たさない	
	ユニット型・・・2ユニットごとに 1 以上	<input type="checkbox"/> 満たさない	
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	身体拘束等を行う場合の記録を行っていない	<input type="checkbox"/> 未整備	
夜勤職員配置加算	入所者数等の数が 4 1 人以上の場合、夜勤を行う看護職員又は介護職員入所者等の数が 2 名を超えて配置、かつ利用者等の数が 2 0 又はその端数をまずごとに 1 以上配置 入所者数等の数が 4 0 人以下の場合、夜勤を行う看護職員又は介護職員入所者等の数が 1 名を超えて配置、かつ利用者等の数が 2 0 又はその端数をまずごとに 1 以上配置	<input type="checkbox"/> 該当	
短期集中リハビリテーション実施加算	入所(起算)日より 3 月以内に実施	<input type="checkbox"/> 3 月以内	
	実施日	<input type="checkbox"/> 概ね週に 3 回以上	
	過去 3 月以内に当該施設に入所していない	<input type="checkbox"/> していない	

点検項目	点検事項	点検結果	
認知症短期集中リハビリテーション実施加算	入所(起算)日より3月以内に実施	<input type="checkbox"/> 3月以内	
	1週の実施日	<input type="checkbox"/> 3回以内	
	精神科医等により生活機能が改善されると判断された認知症患者	<input type="checkbox"/> 該当	
	リハビリテーションマネジメントによる計画に基づき医師又は医師の指示を受けた理学療法士等により記憶の訓練、日常生活活動訓練等を組み合わせたプログラムを提供	<input type="checkbox"/> 実施	
	1人の医師又はPT等が1人に対して個別に20分以上実施	<input type="checkbox"/> 実施	
	リハビリテーションに関する記録の保管の有無	<input type="checkbox"/> あり	実施時間、訓練内容、訓練評価、担当者等リハビリに関する記録
	過去3月以内に当該施設に入所していない	<input type="checkbox"/> していない	

点検項目	点検事項	点検結果	
認知症ケア加算	認知症の利用者と他の利用者とを区別している	<input type="checkbox"/> している	
	専ら認知症の利用者が利用する施設	<input type="checkbox"/> なっている	
	自立度判定基準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"/> なっている	
	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"/> なっている	
	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"/> ユニットでない		
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	
外泊加算	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	

点検項目	点検事項	点検結果	
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、介護職員等が共同して入所者の状態又は家族の求め等に応じ少なくとも週1回以上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
	施設サービス(I)、(II)、ユニット型施設サービス(I)、(II)の場合、入所している施設又は居宅において死亡している。	<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
	職員間の相談、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従来型個室の算定をする	<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
(1) 死亡日以前15日以上30日以下	<input type="checkbox"/>	1日につき200単位	
(2) 死亡日以前14日まで	<input type="checkbox"/>	1日につき315単位	
初期加算	入所した日から起算して30日以内	<input type="checkbox"/>	
	算定期間中の外泊	<input type="checkbox"/>	なし
	過去3月以内の当該施設への入所(自立度判定基準によるⅢ、Ⅳ、Mの場合は1月以内)	<input type="checkbox"/>	なし

点検項目	点検事項	点検結果	
退所前後訪問指導加算	入所期間が1月以上の者が居宅で療養を継続する場合	<input type="checkbox"/> 満たす	
	退所後生活する居宅を訪問し、利用者及び家族に対し療養上の指導を実施(2回を限度)	<input type="checkbox"/> 満たす	
	退所後30日以内に入所者及び家族等に対し療養上の指導を実施	<input type="checkbox"/> 満たす	
	退所の理由が病院、診療所、他の介護保険施設への入院・入所、死亡ではない	<input type="checkbox"/> 満たす	
	指導日、指導内容の記録の整備	<input type="checkbox"/> 満たす	診療録等
退所時指導加算	入所期間が1月以上の者が居宅で療養を継続する場合、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	<input type="checkbox"/> 満たす	
	入所期間が1月以上の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、介護支援相談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	
	・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使用可能	<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の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	
指導日、指導内容の記録の整備	<input type="checkbox"/> 満たす	診療録等	

点検項目	点検事項	点検結果	
退所時情報提供加算	入所期間が1月以上	<input type="checkbox"/> 満たす	
	本人の同意を得て主事の医師に対し、診療状況を示す文書を添えて紹介を行う	<input type="checkbox"/> 実施	診療状況を示す文書(様式あり)
	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	
退所前連携加算	入所期間が1月以上(見込みを含む)	<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、利用者の同意を得て介護状況を示す文書による情報提供をし、かつ、居宅サービス等の利用に関する調整を実施	<input type="checkbox"/> 満たす	
	退所の理由が病院、診療所、他の介護保険施設への入院・入所、死亡ではない	<input type="checkbox"/> 満たす	
	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
老人訪問看護指示加算	施設の医師が診療に基づき訪問看護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の指示書を交付	<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
栄養マネジメント加算	常勤管理栄養士1名以上配置	<input type="checkbox"/> 配置	
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> あり	
	医師、管理栄養士等多職種協働で栄養ケア計画の作成	<input type="checkbox"/> あり	栄養ケア計画(参考様式)
	入所者又は家族等に計画を説明し、同意を得る	<input type="checkbox"/> あり	
	計画に基づく栄養管理及び栄養状態を定期的に記録	<input type="checkbox"/>	栄養ケア提供経過記録(参考様式)
	計画の進捗状況を定期的に評価、見直し(リスク高)	<input type="checkbox"/> 2週間毎に実施	栄養ケアモニタリング(参考様式)
	〃 (リスク低)	<input type="checkbox"/> 3月毎に実施	栄養ケアモニタリング(参考様式)
	栄養状態の把握(体重測定等)	<input type="checkbox"/> 1回/月実施	
栄養スクリーニングの実施	<input type="checkbox"/> 3月毎に実施		

点検項目	点検事項	点検結果	
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	栄養ケア計画(参考様式)を準用
	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"/> 2週間毎に実施	
経口維持加算 I	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> あり	
	著しい摂食機能障害を有し誤嚥が認められ(造影撮影又は内視鏡検査による。)経口による食事摂取のための管理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、管理栄養士等多職種協働で経口維持計画の作成	<input type="checkbox"/> あり	栄養ケア計画(参考様式)を準用
	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及び入所者の同意の有無	<input type="checkbox"/> あり	
	180日を超えて算定する場合の定期的な医師の指示	<input type="checkbox"/> 2週間毎に実施	
	経口移行加算、経口維持加算 II を算定していない	<input type="checkbox"/> 算定していない	

点検項目	点検事項	点検結果	
経口維持加算Ⅱ	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> あり	
	摂食機能障害を有し誤嚥が認められ(水飲みテスト等による。)経口による食事摂取のための管理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、管理栄養士等多職種協働で経口維持計画の作成	<input type="checkbox"/> あり	栄養ケア計画(参考様式)を準用
	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及び入所者の同意の有無	<input type="checkbox"/> あり	
	180日を超えて算定する場合の定期的な医師の指示	<input type="checkbox"/> 2週間毎に実施	
	経口移行加算、経口維持加算Ⅰを算定していない	<input type="checkbox"/> 算定していない	
口腔機能維持管理加算	歯科医師又は歯科医師の指示をうけた歯科衛生士が、介護職員に(口腔ケアにかかる)助言、指導を行う	<input type="checkbox"/> 月1回以上	
	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	
	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	
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	
	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"/> 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、高脂血症食、痛風食及び特別な場合の検査食の提供	<input type="checkbox"/> あり	
	療養食の献立の作成の有無	<input type="checkbox"/> あり	療養食献立表

点検項目	点検事項	点検結果	
在宅復帰支援機能加算Ⅰ	算定日の属する月の前6月間以内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5割超	<input type="checkbox"/> 該当	
	退所日から30日以内に居宅を訪問又は居宅介護支援事業者から情報提供を受け、在宅生活が1月以上継続する見込みの確認、記録の実施	<input type="checkbox"/> あり	
在宅復帰支援機能加算Ⅱ	算定日の属する月の前6月間以内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"/> あり	
	退所日から30日以内に居宅を訪問又は居宅介護支援事業者から情報提供を受け、在宅生活が1月以上継続することの見込みの確認、記録の実施	<input type="checkbox"/> あり	
緊急時治療管理	3日を限度に算定	<input type="checkbox"/> 3日以内	
	同一の利用者について月に1回まで算定	<input type="checkbox"/> 1回以下	
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者の対象者(日常生活自立度ランクⅢ以上の者である)の割合が5割以上	<input type="checkbox"/> 該当	
	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の実施	<input type="checkbox"/> 該当	

点検項目	点検事項	点検結果	
認知症専門ケア加算Ⅱ	入所者総数のうち介護を必要とする認知症者の対象者(日常生活自立度ランクⅢ以上の者である)の割合が5割以上	<input type="checkbox"/> 該当	
	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	
	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	<input type="checkbox"/> 該当	
	介護職員、看護職員毎の研修計画の作成、実施	<input type="checkbox"/> 該当	
サービス提供体制強化加算Ⅰ	介護職員の総数のうち介護福祉士の数5割以上	<input type="checkbox"/> 該当	
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	
サービス提供体制強化加算Ⅱ	看護、介護職員の総数のうち常勤職員の数7割5分以上	<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	直接提供する職員総数のうち勤続3年以上の職員の数3割以上	<input type="checkbox"/> 該当	
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	

303 介護療養施設サービス

点検項目	点検事項	点検結果	
療養病床を有する病院における介護療養施設サービス			
夜勤減算	利用者の合計数が30又はその端数を増す毎に1(ただし2人以上)	<input type="checkbox"/> 満たさない	
	看護職員の数が1以上	<input type="checkbox"/> 満たさない	
	看護又は介護職員の1人当たり平均夜勤時間64時間以下	<input type="checkbox"/> 満たさない	
	ユニット型・・・2ユニットごとに1以上	<input type="checkbox"/> 満たさない	
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	身体拘束等を行う場合の記録を行っていない	<input type="checkbox"/> 未整備	
病院療養病床療養環境減算	廊下幅1.8m(両側に居室の場合2.7.m)未満	<input type="checkbox"/> 満たさない	
夜間勤務等看護Ⅰ	看護職員が15:1、2人以上配置	<input type="checkbox"/> 満たす	
	月平均夜勤時間72時間以下	<input type="checkbox"/> 満たす	
夜間勤務等看護Ⅱ	看護職員が20:1、2人以上配置	<input type="checkbox"/> 満たす	
	月平均夜勤時間72時間以下	<input type="checkbox"/> 満たす	
夜間勤務等看護Ⅲ	看護・介護職員が15:1、2人以上配置	<input type="checkbox"/> 満たす	
	月平均夜勤時間72時間以下	<input type="checkbox"/> 満たす	
	看護職員の数が1以上	<input type="checkbox"/> 満たす	
夜間勤務等看護Ⅳ	看護・介護職員が20:1、2人以上配置	<input type="checkbox"/> 満たす	
	月平均夜勤時間72時間以下	<input type="checkbox"/> 満たす	
	看護職員の数が1以上	<input type="checkbox"/> 満たす	
若年性認知症利用者受入加算	若年性認知症利用者ごとに個別に担当者定める	<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	
外泊加算	外泊をした場合	<input type="checkbox"/> 6日以下	

点検項目	点検事項	点検結果	
	短期入所療養介護のベッドへの活用の有無	<input type="checkbox"/> なし	
試行的退院サービス	退院が見込まれる者が試行的に退院した場合（1月の算定日）	<input type="checkbox"/> 6日以内	
	初日、最終日及び外泊加算を算定していない	<input type="checkbox"/> 該当	
	医師、薬剤師（配置される場合に限る）、看護、介護職員、支援相談員、介護支援専門員等により居宅において療養を継続する可能性があるかの検討をしている	<input type="checkbox"/> 該当	
	入院患者又は家族に趣旨を説明し、同意を得ている	<input type="checkbox"/> 該当	
	従業者又は居宅サービス事業者等との連絡調整をした上で介護支援専門員が試行的退院サービスに係る計画を作成している	<input type="checkbox"/> 該当	
	試行的退院サービス期間中、計画に基づく適切な居宅サービスを提供している	<input type="checkbox"/> 該当	
	試行的退院サービス期間中ベッドを活用している場合利用者からの同意がある。	<input type="checkbox"/> 該当	
	居宅に退院できない場合、療養できない理由等を分析し問題解決に向けた施設サービス計画の変更の支援をしている	<input type="checkbox"/> 該当	
他科受診時費用	専門的な診療が必要となり、他の病院等で診療が行われた場合	<input type="checkbox"/> あり	
	1月の算定日	<input type="checkbox"/> 4日以内	
	他医療機関が特別の関係にない	<input type="checkbox"/> ない	

点検項目	点検事項	点検結果		
初期加算	入院した日から起算して30日以内	<input type="checkbox"/>		
	算定期間中の外泊	<input type="checkbox"/>	なし	
	過去3月以内の当該施設への入院(自立度判定基準によるⅢ、Ⅳ、Ⅴの場合は1月以内)	<input type="checkbox"/>	なし	
退院前後訪問指導加算	入院期間が1月以上(見込みを含む)	<input type="checkbox"/>	満たす	
	退院後生活する居宅を訪問し、利用者及び家族に対し療養上の指導を実施(2回を限度)	<input type="checkbox"/>	満たす	
	退院後30日以内に入所者及び家族等に対し療養上の指導を実施	<input type="checkbox"/>	満たす	
	退院の理由が病院、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	
	指導日、指導内容の記録の整備	<input type="checkbox"/>	満たす	診療録等
退院時指導加算	入院期間が1月以上	<input type="checkbox"/>	満たす	
	退院時に入院患者及び家族に対し退院後の療養上の指導を実施	<input type="checkbox"/>	満たす	
	退院の理由が病院、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	
	指導日、指導内容の記録の整備	<input type="checkbox"/>	満たす	診療録等
退院時情報提供加算	入院期間が1月以上	<input type="checkbox"/>	満たす	
	本人の同意を得て主事の医師に対し、診療状況を示す文書を添えて紹介を行う	<input type="checkbox"/>	実施	診療状況を示す文書(様式あり)
	退院の理由が病院、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	
老人訪問看護指示加算	施設の医師が診療に基づき訪問看護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の指示書を交付	<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

点検項目	点検事項	点検結果	
退院前連携加算	入院期間が1月以上	<input type="checkbox"/> 満たす	
	退院に先だって居宅介護支援事業者に対し、利用者の同意を得て介護状況を示す文書による情報提供をし、かつ、居宅サービス等の利用に関する調整を実施	<input type="checkbox"/> 満たす	
	退院の理由が病院、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
栄養マネジメント加算	常勤管理栄養士1名以上配置	<input type="checkbox"/> 配置	
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> あり	
	医師、管理栄養士等多職種協働で栄養ケア計画の作成	<input type="checkbox"/> あり	栄養ケア計画(参考様式)
	入院患者又は家族等に計画を説明し、同意を得る	<input type="checkbox"/> あり	
	計画に基づく栄養管理及び栄養状態を定期的に記録	<input type="checkbox"/>	栄養ケア提供経過記録(参考様式)
	計画の進捗状況を定期的に評価、見直し(リスク高)	<input type="checkbox"/> 2週間毎に実施	栄養ケアモニタリング(参考様式)
	〃 (リスク低)	<input type="checkbox"/> 3月毎に実施	栄養ケアモニタリング(参考様式)
	栄養状態の把握(体重測定等)	<input type="checkbox"/> 1回/月実施	
栄養スクリーニングの実施	<input type="checkbox"/> 3月毎に実施		
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	栄養ケア計画(参考様式)を準用
	計画を入院患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"/> 2週間毎に実施	

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	
	著しい摂食機能障害を有し誤嚥が認められ(造影撮影又は内視鏡検査による。)経口による食事摂取のための管理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、管理栄養士等多職種協働で経口維持計画の作成	<input type="checkbox"/>	あり	栄養ケア計画(参考様式)を準用
	計画を入院患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及び入所者の同意の有無	<input type="checkbox"/>	あり	
	180日を超えて算定する場合の定期的な医師の指示	<input type="checkbox"/>	2週間毎に実施	
	経口移行加算、経口維持加算Ⅱを算定していない	<input type="checkbox"/>	算定していない	
経口維持加算Ⅱ	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/>	あり	
	摂食機能障害を有し誤嚥が認められ(水飲みテスト等による。)経口による食事摂取のための管理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、管理栄養士等多職種協働で経口維持計画の作成	<input type="checkbox"/>	あり	栄養ケア計画(参考様式)を準用
	計画を入院患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及び入院患者の同意の有無	<input type="checkbox"/>	あり	
	180日を超えて算定する場合の定期的な医師の指示	<input type="checkbox"/>	2週間毎に実施	
経口移行加算、経口維持加算Ⅰを算定していない	<input type="checkbox"/>	算定していない		
口腔機能維持管理加算	歯科医師又は歯科医師の指示をうけた歯科衛生士が、介護職員に(口腔ケアにかかる)助言、指導を行う	<input type="checkbox"/>	月1回以上	

点検項目	点検事項	点検結果	
	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	
	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	
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	
	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"/> 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、高脂血症食、痛風食及び特別な場合の検査食の提供	<input type="checkbox"/> あり	
	療養食の献立の作成の有無	<input type="checkbox"/> あり	療養食献立表
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(入院期間1月超)の割合が3割超	<input type="checkbox"/> 該当	
	退院日から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の確認、記録の実施	<input type="checkbox"/> あり	
	入院患者の家族との連絡調整の実施	<input type="checkbox"/> あり	
	入院患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	
認知症専門ケア加算Ⅰ	入院患者総数のうち介護を必要とする認知症者の対象者（日常生活自立度ランクⅢ以上の者である）の割合が5割以上	<input type="checkbox"/> 該当	
	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に実施	<input type="checkbox"/> 該当	
認知症専門ケア加算Ⅱ	入院患者総数のうち介護を必要とする認知症者の対象者（日常生活自立度ランクⅢ以上の者である）の割合が5割以上	<input type="checkbox"/> 該当	
	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に実施	<input type="checkbox"/> 該当	
	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	<input type="checkbox"/> 該当	
	介護職員、看護職員毎の研修計画の作成、実施	<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Ⅰ	介護職員の総数のうち介護福祉士の数5割以上	<input type="checkbox"/> 該当	
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	
サービス提供体制強化 加算Ⅱ	看護、介護職員の総数のうち常勤職員の数7割5分以上	<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	直接提供する職員総数のうち勤続3年以上の職員の数3割以上	<input type="checkbox"/> 該当	
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	

点検項目	点検事項	点検結果	
療養病床を有する診療所における介護療養施設サービス			
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	身体拘束等を行う場合の記録を行っていない	<input type="checkbox"/> 未整備	
診療所療養病床設備基準減算	廊下幅1.8m(両側に居室の場合2.7m)未満	<input type="checkbox"/> 満たさない	
若年性認知症利用者受入加算	若年性認知症利用者ごとに個別に担当者定める	<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	
外泊加算	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	
他科受診時費用	専門的な診療が必要となり、他の病院等で診療が行われた場合	<input type="checkbox"/> あり	
	1月の算定日	<input type="checkbox"/> 4日以内	
	他医療機関が特別の関係にない	<input type="checkbox"/> ない	
初期加算	入院した日から起算して30日以内	<input type="checkbox"/> 該当	
	算定期間中の外泊	<input type="checkbox"/> なし	
	過去3月以内の当該施設への入院(自立度判定基準によるⅢ、Ⅳ、Ⅴの場合は1月以内)	<input type="checkbox"/> なし	
	30日以上入院後の入院	<input type="checkbox"/> あり	

点検項目	点検事項	点検結果	
退院前後訪問指導加算	入院期間が1月以上(見込みを含む)	<input type="checkbox"/> 満たす	
	退所後生活する居宅を訪問し、利用者及び家族に対し療養上の指導を実施(2回を限度)	<input type="checkbox"/> 満たす	
	退院後30日以内に入所者及び家族等に対し療養上の指導を実施	<input type="checkbox"/> 満たす	
	退院の理由が病院、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	
	指導日、指導内容の記録の整備	<input type="checkbox"/> 満たす	診療録等
退院時指導加算	入院期間が1月以上	<input type="checkbox"/> 満たす	
	退院時に患者及び家族に対し退院後の療養上の指導を実施	<input type="checkbox"/> 満たす	
	退院の理由が病院、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	
	指導日、指導内容の記録の整備	<input type="checkbox"/> 満たす	診療録等
退院時情報提供加算	入院期間が1月以上	<input type="checkbox"/> 満たす	
	本人の同意を得て主事の医師に対し、診療状況を示す文書を添えて紹介を行う	<input type="checkbox"/> 実施	診療状況を示す文書(様式あり)
	退院の理由が病院、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	
退院前連携加算	入院期間が1月以上	<input type="checkbox"/> 満たす	
	退院に先だって居宅介護支援事業者に対し、利用者の同意を得て介護状況を示す文書による情報提供をし、かつ、居宅サービス等の利用に関する調整を実施	<input type="checkbox"/> 満たす	
	退院の理由が病院、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
老人訪問看護指示加算	施設の医師が診療に基づき訪問看護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の指示書を交付	<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

点検項目	点検事項	点検結果	
栄養マネジメント加算	常勤管理栄養士1名以上配置	<input type="checkbox"/> 配置	
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> あり	
	医師、管理栄養士等多職種協働で栄養ケア計画の作成	<input type="checkbox"/> あり	栄養ケア計画(参考様式)
	入院患者又は家族等に計画を説明し、同意を得る	<input type="checkbox"/> あり	
	計画に基づく栄養管理及び栄養状態を定期的に記録	<input type="checkbox"/>	栄養ケア提供経過記録(参考様式)
	計画の進捗状況を定期的に評価、見直し(リスク高)	<input type="checkbox"/> 2週間毎に実施	栄養ケアモニタリング(参考様式)
	” (リスク低)	<input type="checkbox"/> 3月毎に実施	栄養ケアモニタリング(参考様式)
	栄養状態の把握(体重測定等)	<input type="checkbox"/> 1回/月実施	
	栄養スクリーニングの実施	<input type="checkbox"/> 3月毎に実施	
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	栄養ケア計画(参考様式)を準用
	計画を入院患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"/> 2週間毎に実施		

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	
	著しい摂食機能障害を有し誤嚥が認められ(造影撮影又は内視鏡検査による。)経口による食事摂取のための管理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、管理栄養士等多職種協働で経口維持計画の作成	<input type="checkbox"/> あり	栄養ケア計画(参考様式)を準用
	計画を入院患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及び入所者の同意の有無	<input type="checkbox"/> あり	
	180日を超えて算定する場合の定期的な医師の指示	<input type="checkbox"/> 2週間毎に実施	
	経口移行加算、経口維持加算Ⅱを算定していない	<input type="checkbox"/> 算定していない	
経口維持加算Ⅱ	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> あり	
	摂食機能障害を有し誤嚥が認められ(水飲みテスト等による。)経口による食事摂取のための管理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、管理栄養士等多職種協働で経口維持計画の作成	<input type="checkbox"/> あり	栄養ケア計画(参考様式)を準用
	計画を入院患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及び入所者の同意の有無	<input type="checkbox"/> あり	
	180日を超えて算定する場合の定期的な医師の指示	<input type="checkbox"/> 2週間毎に実施	
経口移行加算、経口維持加算Ⅰを算定していない	<input type="checkbox"/> 算定していない		
口腔機能維持管理加算	歯科医師又は歯科医師の指示をうけた歯科衛生士が、介護職員に(口腔ケアにかかる)助言、指導を行う	<input type="checkbox"/> 月1回以上	

点検項目	点検事項	点検結果	
	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	
	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	
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	
	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"/> 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、高脂血症食、痛風食及び特別な場合の検査食の提供	<input type="checkbox"/> あり	
	療養食の献立の作成の有無	<input type="checkbox"/> あり	療養食献立表
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(入院期間1月超)の割合が3割超	<input type="checkbox"/> 該当	
	退院日から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の確認、記録の実施	<input type="checkbox"/> あり	
	入院患者の家族との連絡調整の実施	<input type="checkbox"/> あり	
	入院患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	
認知症専門ケア加算Ⅰ	入院患者総数のうち介護を必要とする認知症者の対象者（日常生活自立度ランクⅢ以上の者である）の割合が5割以上	<input type="checkbox"/> 該当	
	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に実施	<input type="checkbox"/> 該当	
認知症専門ケア加算Ⅱ	入院患者総数のうち介護を必要とする認知症者の対象者（日常生活自立度ランクⅢ以上の者である）の割合が5割以上	<input type="checkbox"/> 該当	
	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に実施	<input type="checkbox"/> 該当	
	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	<input type="checkbox"/> 該当	
	介護職員、看護職員毎の研修計画の作成、実施	<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Ⅰ	介護職員の総数のうち介護福祉士の数5割以上	<input type="checkbox"/> 該当	
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	
サービス提供体制強化 加算Ⅱ	看護、介護職員の総数のうち常勤職員の数7割5分以上	<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	直接提供する職員総数のうち勤続3年以上の職員の数3割以上	<input type="checkbox"/> 該当	
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	

点検項目	点検事項	点検結果	
老人性認知症疾患療養病棟を有する病院における介護療養施設サービス			
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	身体拘束等を行う場合の記録を行っていない	<input type="checkbox"/>	未整備
外泊加算	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
他科受診時費用	専門的な診療が必要となり、他の病院等で診療が行われた場合	<input type="checkbox"/>	あり
	1月の算定日	<input type="checkbox"/>	4日以内
	他医療機関が特別の関係にない	<input type="checkbox"/>	ない
初期加算	入院した費から起算して30日以内	<input type="checkbox"/>	
	算定期間中の外泊	<input type="checkbox"/>	なし
	過去3月以内の当該施設への入院(自立度判定基準によるⅢ、Ⅳ、Mの場合は1月以内)	<input type="checkbox"/>	なし
	30日以上入院後の入院	<input type="checkbox"/>	あり
退院前後訪問指導加算	入院期間が1月以上(見込みを含む)	<input type="checkbox"/>	満たす
	退院後生活する居宅を訪問し、利用者及び家族に対し療養上の指導を実施(2回を限度)	<input type="checkbox"/>	満たす
	退院後30日以内に入所者及び家族等に対し療養上の指導を実施	<input type="checkbox"/>	満たす
	退院の理由が病院、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
	指導日、指導内容の記録の整備	<input type="checkbox"/>	満たす
退院時指導加算	入院期間が1月以上	<input type="checkbox"/>	満たす
	退院時に患者及び家族に対し退院後の療養上の指導を実施	<input type="checkbox"/>	満たす
	退院の理由が病院、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
	指導日、指導内容の記録の整備	<input type="checkbox"/>	満たす
退院時情報提供加算	入院期間が1月以上	<input type="checkbox"/>	満たす

点検項目	点検事項	点検結果		
	本人の同意を得て主事の医師に対し、診療状況を示す文書を添えて紹介を行う	<input type="checkbox"/>	実施	診療状況を示す文書(様式あり)
	退院の理由が病院、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	
退院前連携加算	入院期間が1月以上	<input type="checkbox"/>	満たす	
	退院に先だって居宅介護支援事業者に対し、利用者の同意を得て介護状況を示す文書による情報提供をし、かつ、居宅サービス等の利用に関する調整を実施	<input type="checkbox"/>	満たす	
	退院の理由が病院、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
老人訪問看護指示加算	施設の医師が診療に基づき訪問看護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の指示書を交付	<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
栄養マネジメント加算	常勤管理栄養士1名以上配置	<input type="checkbox"/>	配置	
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/>	あり	
	医師、管理栄養士等多職種協働で栄養ケア計画の作成	<input type="checkbox"/>	あり	栄養ケア計画(参考様式)
	入院患者又は家族等に計画を説明し、同意を得る	<input type="checkbox"/>	あり	
	計画に基づく栄養管理及び栄養状態を定期的に記録	<input type="checkbox"/>		栄養ケア提供経過記録(参考様式)
	計画の進捗状況を定期的に評価、見直し(リスク高)	<input type="checkbox"/>	2週間毎に実施	栄養ケアモニタリング(参考様式)
	〃 (リスク低)	<input type="checkbox"/>	3月毎に実施	栄養ケアモニタリング(参考様式)
	栄養状態の把握(体重測定等)	<input type="checkbox"/>	1回/月実施	
	栄養スクリーニングの実施	<input type="checkbox"/>	3月毎に実施	

点検項目	点検事項	点検結果	
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	栄養ケア計画(参考様式)を準用
	計画を入院患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"/> 2週間毎に実施	
経口維持加算Ⅰ	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> あり	
	著しい摂食機能障害を有し誤嚥が認められ(造影撮影又は内視鏡検査による。)経口による食事摂取のための管理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、管理栄養士等多職種協働で経口維持計画の作成	<input type="checkbox"/> あり	栄養ケア計画(参考様式)を準用
	計画を入院患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及び入所者の同意の有無	<input type="checkbox"/> あり	
	180日を超えて算定する場合の定期的な医師の指示	<input type="checkbox"/> 2週間毎に実施	
	経口移行加算、経口維持加算Ⅱを算定していない	<input type="checkbox"/> 算定していない	

点検項目	点検事項	点検結果		
経口維持加算Ⅱ	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/>	あり	
	摂食機能障害を有し誤嚥が認められ(水飲みテスト等による。)経口による食事摂取のための管理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、管理栄養士等多職種協働で経口維持計画の作成	<input type="checkbox"/>	あり	栄養ケア計画(参考様式)を準用
	計画を入院患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及び入所者の同意の有無	<input type="checkbox"/>	あり	
	180日を超えて算定する場合の定期的な医師の指示	<input type="checkbox"/>	2週間毎に実施	
	経口移行加算、経口維持加算Ⅰを算定していない	<input type="checkbox"/>	算定していない	
	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
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"/>	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、高脂血症食、痛風食及び特別な場合の検査食の提供		<input type="checkbox"/>	あり	
療養食の献立の作成の有無		<input type="checkbox"/>	あり	療養食献立表

点検項目	点検事項	点検結果	
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(入院期間1月超)の割合が3割超	<input type="checkbox"/> 該当	
	退院日から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の確認、記録の実施	<input type="checkbox"/> あり	
	入院患者の家族との連絡調整の実施	<input type="checkbox"/> あり	
	入院患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	
口腔機能維持管理加算	歯科医師又は歯科医師の指示をうけた歯科衛生士が、介護職員に(口腔ケアにかかる)助言、指導を行う	<input type="checkbox"/> 月1回以上	
	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	
	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	
サービス提供体制強化加算Ⅰ	介護職員の総数のうち介護福祉士の数5割以上	<input type="checkbox"/> 該当	
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	
サービス提供体制強化加算Ⅱ	看護、介護職員の総数のうち常勤職員の数7割5分以上	<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	直接提供する職員総数のうち勤続3年以上の職員の数3割以上	<input type="checkbox"/> 該当	
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	

401 介護予防訪問介護費

点検項目	点検事項	点検結果	
3級訪問介護員の訪問		<input type="checkbox"/> あり	経過措置（H22.3.31まで）
特別地域加算	厚生労働大臣が定める地域	<input type="checkbox"/> 該当	
中山間部地域等における小規模事業所加算	厚生労働大臣の定める地域＋事業所規模要件	<input type="checkbox"/> 該当	
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	厚生労働大臣の定める地域	<input type="checkbox"/> 該当	
初回加算	過去二月の利用実績がない	<input type="checkbox"/> 該当	サービス提供記録等
	サービス提供責任者による訪問介護の提供又は同行訪問	<input type="checkbox"/> 該当	

402 介護予防訪問入浴介護費

点検項目	点検事項	点検結果	
介護職員 2 人の訪問	身体の状態等に支障がない旨、主事の医師の意見の確認	<input type="checkbox"/> あり	
清拭、部分浴	利用者の希望	<input type="checkbox"/> あり	
特別地域加算	厚生労働大臣が定める地域	<input type="checkbox"/> 該当	
中山間部地域等における小規模事業所加算	厚生労働大臣の定める地域＋事業所規模要件	<input type="checkbox"/> 該当	
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	厚生労働大臣の定める地域	<input type="checkbox"/> 該当	
サービス提供体制強化加算	1 研修の計画策定、実施	<input type="checkbox"/> 該当	
	2 利用者情報、留意事項伝達、技術指導等の会議開催	<input type="checkbox"/> 定期的に実施	
	3 定期的な健康診断の実施	<input type="checkbox"/> 全員に実施	
	4 介護職員総数のうち介護福祉士の占める割合が3割以上又は介護福祉士及び介護職員基礎研修修了者の占める割合が5割以上	<input type="checkbox"/> 該当	

403 介護予防訪問看護費

点検項目	点検事項	点検結果	
准看護師の訪問		<input type="checkbox"/> 該当	
夜間加算	18時～22時	<input type="checkbox"/> 該当	
早朝加算	6時～8時	<input type="checkbox"/> 該当	
深夜加算	22時～6時	<input type="checkbox"/> 該当	
緊急時訪問看護加算	看護に関する相談に常時対応できる体制	<input type="checkbox"/> あり	
	利用者の同意	<input type="checkbox"/> あり	
	早朝・夜間、深夜加算	<input type="checkbox"/> 2回目以降	
	他の訪問看護ステーション等で当該加算の算定の有無	<input type="checkbox"/> なし	
	24時間連絡体制加算(医療保険)の算定	<input type="checkbox"/> なし	
特別管理加算	1 在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理、在宅悪性腫瘍患者指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理、在宅肺高血圧症患者指導管理又は在宅気管切開患者指導管理を受けている又は、重度の褥瘡にある状態	<input type="checkbox"/> 該当	主治医の指示書等
	2 気管カニューレ、ドレーンチューブ又は留置カテーテルを使用している状態	<input type="checkbox"/> 該当	"
	3 人工肛こう門又は人工膀胱ぼうこうを設置している状態	<input type="checkbox"/> 該当	"
	計画的な管理の実施	<input type="checkbox"/> あり	
	重症者管理加算(医療保険)の算定	<input type="checkbox"/> なし	
	他の訪問看護ステーション等で当該加算の算定の有無	<input type="checkbox"/> なし	
	特別地域加算	厚生労働大臣の定める地域	<input type="checkbox"/> 該当

点検項目	点検事項	点検結果	
2人以上による訪問看護	一人で看護をおこなうことが困難な場合	<input type="checkbox"/>	該当
	両名とも保健師、看護師、准看護師又はPT、OT、ST	<input type="checkbox"/>	該当
1時間30分以上の訪問看護	特別管理加算の算定者であり1.5H以上の訪問看護をした場合	<input type="checkbox"/>	該当
中山間部地域等における小規模事業所加算	厚生労働大臣の定める地域＋事業所規模要件	<input type="checkbox"/>	該当
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	厚生労働大臣の定める地域	<input type="checkbox"/>	該当
サービス提供体制強化加算	1 研修の計画策定、実施	<input type="checkbox"/>	該当
	2 利用者情報、留意事項伝達、技術指導等の会議開催	<input type="checkbox"/>	定期的に実施
	3 定期的な健康診断の実施	<input type="checkbox"/>	全員に実施
	4 勤続年数3年以上の看護師等の数	<input type="checkbox"/>	3割以上

404 介護予防訪問リハビリテーション費

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	リハビリテーションマネジメント加算の有無	<input type="checkbox"/>	あり
	起算日より3月以内に実施	<input type="checkbox"/>	200単位
	実施日	<input type="checkbox"/>	概ね週に2回以上
	実施計画の評価、見直し	<input type="checkbox"/>	1月以内に実施
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	厚生労働大臣の定める地域	<input type="checkbox"/>	該当
サービス提供体制強化加算	勤続年数3年以上のPT、OT又はST	<input type="checkbox"/>	一名以上配置

405 介護予防居宅療養管理指導費

点検項目	点検事項	点検結果	
情報提供未実施減算	居宅療養管理指導 I を算定した場合のケアマネージャー等への情報提供	<input type="checkbox"/> 未実施	
麻薬管理指導加算	沈痛緩和のために麻薬の投薬が行われている在宅の利用者又は居住系施設入居者等に対する、麻薬の使用に関する必要な薬学的指導	<input type="checkbox"/> 実施	
情報提供未実施減算	居宅療養管理指導 I を算定した場合のケアマネージャー等への情報提供	<input type="checkbox"/> 未実施	

406 介護予防通所介護費

点検項目	点検事項	点検結果	
アクティビティ実施加算	心身の状況、希望及び置かれている環境を踏まえた計画の作成	<input type="checkbox"/> あり	
	運動器機能向上加算、栄養改善加算、口腔機能向上加算の算定がない	<input type="checkbox"/> なし	
運動器機能向上加算	専ら職務に従事する理学療法士等を1人以上配置	<input type="checkbox"/> 配置	
	理学療法士、介護職員等が共同して3月程度の運動器機能向上計画を作成	<input type="checkbox"/> あり	運動器機能向上計画
	効果、リスク、緊急時の対応と併せて利用者に計画を説明し同意を得る	<input type="checkbox"/> あり	
	理学療法士等による運動器機能向上サービスの提供	<input type="checkbox"/> 実施	
	計画の進捗状況の定期的な評価	<input type="checkbox"/>	
	短期目標に応じたモニタリングの実施	<input type="checkbox"/> 概ね1月毎に実施	
	長期目標に応じたモニタリングの実施	<input type="checkbox"/> 概ね3月毎に実施	
	利用者の運動器の機能を定期的に記録	<input type="checkbox"/> あり	
	計画実施期間終了後、長期目標の達成度及び運動器の機能の状況について介護予防支援事業者に報告	<input type="checkbox"/> あり	
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> あり	
栄養改善加算	管理栄養士を1名以上配置	<input type="checkbox"/> 配置	
	管理栄養士、看護・介護職員等が共同した栄養ケア計画の作成	<input type="checkbox"/> あり	栄養ケア計画(参考様式)
	利用者等に対する計画の説明及び同意の有無	<input type="checkbox"/> あり	
	計画に基づく栄養改善サービスの提供、栄養状態等の記録	<input type="checkbox"/> あり	栄養ケア提供経過記録(参考様式)
	栄養ケア計画の評価、ケアマネ等に対する情報提供	<input type="checkbox"/> 3月ごとに実施	栄養ケアモニタリング(参考様式)
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> あり	

点検項目	点検事項	点検結果	
口腔機能向上加算	言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員を1名以上配置	<input type="checkbox"/> 配置	
	言語聴覚士、歯科衛生士、看護・介護職員等による口腔機能改善管理指導計画の作成	<input type="checkbox"/> なし	口腔機能改善管理指導計画・管理指導計画(参考様式)
	医療における対応の必要性の有無	<input type="checkbox"/> なし	
	利用者等に対する計画の説明及び同意の有無	<input type="checkbox"/> あり	
	計画に基づく言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員による口腔機能向上サービスの提供、定期的な記録作成	<input type="checkbox"/> あり	口腔機能改善管理指導計画・管理指導計画(参考様式)
	利用者毎の計画の進捗状況を定期的に評価、ケアマネ等への情報提供	<input type="checkbox"/> 3月ごとに実施	口腔機能向上サービスのモニタリング(参考様式)
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> あり	
事業所評価加算	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> あり	
	運動器機能向上サービス、栄養改善サービス又は口腔機能向上サービスを実施	<input type="checkbox"/> 実施	
	前年の1月から12月まで(評価期間)の利用実人員が10名以上	<input type="checkbox"/> 満たす	
若年性認知症利用者受入加算	若年性認知症利用者ごとに個別に担当者を定める	<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	
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	厚生労働大臣の定める地域	<input type="checkbox"/> 該当	
サービス提供体制強化加算Ⅰ	1 介護職員のうち介護福祉士の数	<input type="checkbox"/> 4割以上	
	2 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	1 直接処遇職員のうち勤続年数3年以上の職員	<input type="checkbox"/> 3割以上	
	2 定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	

407 介護予防通所リハビリテーション費

点検項目	点検事項	点検結果	
運動器機能向上加算	専ら職務に従事する理学療法士等を1人以上配置	<input type="checkbox"/> 配置	
	理学療法士、介護職員等が共同して3月程度の運動器機能向上計画を作成	<input type="checkbox"/> あり	運動器機能向上計画
	効果、リスク、緊急時の対応と併せて利用者に計画を説明し同意を得る	<input type="checkbox"/> あり	
	理学療法士等による運動器機能向上サービスの提供	<input type="checkbox"/> 実施	
	計画の進捗状況の定期的な評価	<input type="checkbox"/>	
	短期目標に応じたモニタリングの実施	<input type="checkbox"/> 概ね1月毎に実施	
	長期目標に応じたモニタリングの実施	<input type="checkbox"/> 概ね3月毎に実施	
	利用者の運動器の機能を定期的に記録	<input type="checkbox"/> あり	
	計画実施期間終了後、長期目標の達成度及び運動器の機能の状況について介護予防支援事業者へ報告	<input type="checkbox"/> あり	
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> あり	
栄養改善加算	管理栄養士を1名以上配置	<input type="checkbox"/> 配置	
	管理栄養士、看護・介護職員等が共同した栄養ケア計画の作成	<input type="checkbox"/> あり	栄養ケア計画(参考様式)
	利用者等に対する計画の説明及び同意の有無	<input type="checkbox"/> あり	
	計画に基づく栄養改善サービスの提供、栄養状態等の記録	<input type="checkbox"/> あり	栄養ケア提供経過記録(参考様式)
	栄養ケア計画の評価、ケアマネ等に対する情報提供	<input type="checkbox"/> 3月ごとに実施	栄養ケアモニタリング(参考様式)
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> あり	

点検項目	点検事項	点検結果	
口腔機能向上加算	言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員を1名以上配置	<input type="checkbox"/> 配置	
	言語聴覚士、歯科衛生士、看護・介護職員等による口腔機能改善管理指導計画の作成	<input type="checkbox"/> なし	口腔機能改善管理指導計画・管理指導計画(参考様式)
	医療における対応の必要性の有無	<input type="checkbox"/> なし	
	利用者等に対する計画の説明及び同意の有無	<input type="checkbox"/> あり	
	計画に基づく言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員による口腔機能向上サービスの提供、定期的な記録作成	<input type="checkbox"/> あり	口腔機能改善管理指導計画・管理指導計画(参考様式)
	利用者毎の計画の進捗状況を定期的に評価、ケアマネ等への情報提供	<input type="checkbox"/> 3月ごとに実施	口腔機能向上サービスのモニタリング(参考様式)
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> あり	
事業所評価加算	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> あり	
	運動器機能向上サービス、栄養改善サービス又は口腔機能向上サービスを実施	<input type="checkbox"/> 実施	
	前年の1月から12月まで(評価期間)の利用実人員が10名以上	<input type="checkbox"/> 満たす	
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	厚生労働大臣の定める地域	<input type="checkbox"/> 該当	
サービス提供体制強化加算Ⅰ	介護職員のうち介護福祉士が4割以上	<input type="checkbox"/> 該当	
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	
サービス提供体制強化加算Ⅱ	直接処遇職員のうち勤続年数3年以上の職員が3割以上	<input type="checkbox"/> 該当	
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	
若年性認知症利用者受入加算	若年性認知症利用者ごとに個別に担当者定める	<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	

408 介護予防短期入所生活介護費

点検項目	点検事項	点検結果	
夜勤減算	利用者数25人以下	<input type="checkbox"/> 看護・介護1人未満	
	利用者数26人以上60人以下	<input type="checkbox"/> " 2人未満	
	利用者数61人以上80人以下	<input type="checkbox"/> " 3人未満	
	利用者数81人以上100人以下	<input type="checkbox"/> " 4人未満	
	利用者数101人以上	<input type="checkbox"/> " 4+25又は端数を増す毎に1を加えた数未満	
	ユニット型・・・2ユニットごとに1以上	<input type="checkbox"/> 満たさない	
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	
機能訓練指導員加算	専ら職務に従事する常勤の理学療法士等を1人以上配置	<input type="checkbox"/> 配置	
	利用者数が100人超の場合、利用者の数を100で除した数以上配置	<input type="checkbox"/> 配置	
認知症行動・心理症状緊急対応加算	利用者に「認知症の行動・心理状況」が認められ、緊急に介護予防短期入所生活介護が必要と医師が判断し、介護支援専門員・受入事業所職員と連携し、利用者又は家族の同意を得て介護予防短期入所生活介護を開始	<input type="checkbox"/> 該当	
	加算適用利用者が次を満たす 病院又は診療所に入院中の者、介護予防認知症対応型共同生活介護等を利用中の者が、直接、短期入所生活介護の利用を開始していない。	<input type="checkbox"/> 該当	
	医師が判断した日又はその次の日に利用開始	<input type="checkbox"/> 該当	
	利用開始日から7日を限度として算定	<input type="checkbox"/> 該当	
	判断した医師が診療録等に症状、判断の内容等を記録	<input type="checkbox"/> 該当	
	介護予防サービス計画書による記録	<input type="checkbox"/> 該当	

点検項目	点検事項	点検結果	
若年性認知症利用者受入加算	利用者ごとの個別担当者	<input type="checkbox"/> 該当	
	利用者に応じたサービスの提供	<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	
送迎加算	利用者の心身の状態等が送迎を必要と認められる状態	<input type="checkbox"/> あり	
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	
	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"/> 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、高脂血症食、痛風食及び特別な場合の検査食の提供	<input type="checkbox"/> あり	
	療養食の献立の作成の有無	<input type="checkbox"/> あり	療養食献立表
サービス提供体制強化加算Ⅰ	1 介護職員のうち介護福祉士の数	<input type="checkbox"/> 5割以上	
	2 定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> あり	
サービス提供体制強化加算Ⅱ	1 看護・介護職員のうち常勤職員	<input type="checkbox"/> 7割5分以上	
	2 定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> あり	
サービス提供体制強化加算Ⅲ	1 直接処遇職員のうち勤続年数3年以上の職員	<input type="checkbox"/> 3割以上	
	2 定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> あり	

409 介護予防短期入所療養介護費

点検項目	点検事項	点検結果		
介護老人保健施設における介護予防短期入所療養介護費				
夜勤減算	看護又は介護職員 2 人以上 (40人以下は 1 以上)	<input type="checkbox"/>	満たさない	
	ユニット型・・・2ユニットごとに 1 以上	<input type="checkbox"/>	満たさない	
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	
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利用者数等 4 1 以上の場合、利用者数等 2 0 毎に 1 かつ 2 名を超えて配置 ②利用者数等 4 0 以下の場合、利用者数等 2 0 毎に 1 以上配置	<input type="checkbox"/>	配置	
リハビリテーション機能強化加算	常勤の P T 又は O T を 1 人以上配置	<input type="checkbox"/>	配置	
	P T ・ O T が入所者数を 100 で除して得た数以上配置	<input type="checkbox"/>	配置	
	O T ・ P T ・ S T が入所者数を 50 で除して得た数以上配置	<input type="checkbox"/>	配置	
	多職種協働で個別リハビリ計画を作成し、リハビリを実施する体制	<input type="checkbox"/>	あり	個別リハビリ計画
	開始時に利用者等に対し内容を説明し、記録する	<input type="checkbox"/>	あり	
	リハビリに関する記録の保管、閲覧への対応	<input type="checkbox"/>	あり	
送迎加算	利用者の心身の状態等が送迎を必要と認められる状態	<input type="checkbox"/>	あり	

点検項目	点検事項	点検結果	
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
	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"/>	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、高脂血症食、痛風食及び特別な場合の検査食の提供	<input type="checkbox"/>	あり
	療養食の献立の作成の有無	<input type="checkbox"/>	あり
緊急時治療管理	3日を限度に算定	<input type="checkbox"/>	3日以内
	同一の利用者について月に1回まで算定	<input type="checkbox"/>	1回以下
認知症・心理症状緊急対応加算	利用者に認知症の行動・心理症状が認められ、緊急に短期入所介護が必要と医師の判断、介護支援専門員、受入事業所の職員との連携、利用者又は家族の同意、判断した医師が診療記録に症状診断の内容等を記録の有無	<input type="checkbox"/>	あり
	医師が判断した日又はその次の日に利用開始	<input type="checkbox"/>	該当
	7日以内の利用	<input type="checkbox"/>	該当
	介護サービス計画書による記録	<input type="checkbox"/>	該当
若年性認知症利用者受入加算	若年性認知症利用者ごとの個別担当者	<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
個別リハビリテーション加算	利用者に20分以上の実施	<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Ⅰ	介護職員のうち介護福祉士の数5割以上	<input type="checkbox"/> 該当	
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	
サービス提供体制強化 加算Ⅱ	看護・介護職員のうち常勤職員7割5分以上	<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	直接処遇職員のうち勤続年数3年以上の職員3割以上	<input type="checkbox"/> 該当	
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	

点検項目	点検事項	点検結果	
療養病床を有する病院における介護予防短期入所療養介護費			
夜勤減算	利用者の合計数が30又はその端数を増す毎に看護又は介護職員1(ただし2人以上)	<input type="checkbox"/>	満たさない
	看護職員の数が1以上	<input type="checkbox"/>	満たさない
	看護又は介護職員の1人当たり平均夜勤時間64時間以下	<input type="checkbox"/>	満たさない
	ユニット型・・・2ユニットごとに看護又は介護職員1以上	<input type="checkbox"/>	満たさない
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
病院療養病床療養環境減算	廊下幅1.8m(両側に居室の場合2.7m)未満	<input type="checkbox"/>	満たさない
夜間勤務等看護Ⅰ	看護職員が15:1、2人以上配置	<input type="checkbox"/>	満たす
	月平均夜勤時間72時間以下	<input type="checkbox"/>	満たす
夜間勤務等看護Ⅱ	看護職員が20:1、2人以上配置	<input type="checkbox"/>	満たす
	月平均夜勤時間72時間以下	<input type="checkbox"/>	満たす
夜間勤務等看護Ⅲ	看護・介護職員が15:1、2人以上配置	<input type="checkbox"/>	満たす
	月平均夜勤時間72時間以下	<input type="checkbox"/>	満たす
	看護職員1以上	<input type="checkbox"/>	満たす
夜間勤務等看護Ⅳ	看護・介護職員が20:1、2人以上配置	<input type="checkbox"/>	満たす
	月平均夜勤時間72時間以下	<input type="checkbox"/>	満たす
	看護職員1以上	<input type="checkbox"/>	満たす

点検項目	点検事項	点検結果	
送迎加算	利用者の心身の状態等が送迎を必要と認められる状態	<input type="checkbox"/>	あり
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
	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"/>	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、高脂血症食、痛風食及び特別な場合の検査食の提供	<input type="checkbox"/>	あり
	療養食の献立の作成の有無	<input type="checkbox"/>	あり
認知症・心理症状緊急対応加算	利用者に認知症の行動・心理症状が認められ、緊急に短期入所介護が必要と医師の判断、介護支援専門員、受入事業所の職員との連携、利用者又は家族の同意、判断した医師が診療記録に症状診断の内容等を記録の有無	<input type="checkbox"/>	あり
	医師が判断した日又はその次の日に利用開始	<input type="checkbox"/>	該当
	7日以内の利用	<input type="checkbox"/>	該当
	介護サービス計画書による記録	<input type="checkbox"/>	該当
若年性認知症利用者受入加算	若年性認知症利用者ごとの個別担当者	<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
サービス提供体制強化加算Ⅰ	介護職員のうち介護福祉士の数5割以上	<input type="checkbox"/>	該当
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/>	該当
サービス提供体制強化加算Ⅱ	看護・介護職員のうち常勤職員7割5分以上	<input type="checkbox"/>	該当
	小規模型 所要時間4時間以上6時間未満 要介護2	<input type="checkbox"/>	該当
サービス提供体制強化加算Ⅲ	直接処遇職員のうち勤続年数3年以上の職員3割以上	<input type="checkbox"/>	該当
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/>	該当

点検項目	点検事項	点検結果	
療養病床を有する診療所における介護予防短期入所療養介護費			
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	
診療所設備基準減算	廊下幅1.8m(両側に居室の場合2.7m)未満	<input type="checkbox"/> 満たさない	
送迎加算	利用者の心身の状態等が送迎を必要と認められる状態	<input type="checkbox"/> あり	
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	
	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"/> 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、高脂血症食、痛風食及び特別な場合の検査食の提供	<input type="checkbox"/> あり	
	療養食の献立の作成の有無	<input type="checkbox"/> あり	療養食献立表
認知症・心理症状緊急対応加算	利用者に認知症の行動・心理症状が認められ、緊急に短期入所介護が必要と医師の判断、介護支援専門員、受入事業所の職員との連携、利用者又は家族の同意、判断した医師が診療記録に症状診断の内容等を記録の有無	<input type="checkbox"/> 該当	
	医師が判断した日又はその次の日に利用開始	<input type="checkbox"/> 該当	
	7日以内の利用	<input type="checkbox"/> 該当	
	介護サービス計画書による記録	<input type="checkbox"/> 該当	

点検項目	点検事項	点検結果	
若年性認知症利用者受入加算	若年性認知症利用者ごとの個別担当者	<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	
サービス提供体制強化加算Ⅰ	介護職員のうち介護福祉士の数5割以上	<input type="checkbox"/> 該当	
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	
サービス提供体制強化加算Ⅱ	看護・介護職員のうち常勤職員7割5分以上	<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	直接処遇職員のうち勤続年数3年以上の職員3割以上	<input type="checkbox"/> 該当	
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	

点検項目	点検事項	点検結果	
老人性認知症疾患療養病棟を有する病院における介護予防短期入所療養介護費			
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	
送迎加算	利用者の心身の状態等が送迎を必要と認められる状態	<input type="checkbox"/> あり	
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	
	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"/> 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、高脂血症食、痛風食及び特別な場合の検査食の提供	<input type="checkbox"/> あり	
	療養食の献立の作成の有無	<input type="checkbox"/> あり	療養食献立表
サービス提供体制強化加算Ⅰ	介護職員のうち介護福祉士の数5割以上	<input type="checkbox"/> 該当	
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	
サービス提供体制強化加算Ⅱ	看護・介護職員のうち常勤職員7割5分以上	<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	直接処遇職員のうち勤続年数3年以上の職員3割以上	<input type="checkbox"/> 該当	
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	

410 介護予防特定施設入居者生活介護費

点検項目	点検事項	点検結果		
個別機能訓練加算	専ら職務に従事する常勤の理学療法士等を1人以上配置	<input type="checkbox"/>	配置	
	利用者数が100人超の場合、利用者の数を100で除した数以上配置	<input type="checkbox"/>	配置	
	多職種協働による個別機能訓練計画の作成	<input type="checkbox"/>	作成	個別機能訓練計画
	開始時における利用者等に対する計画の内容説明	<input type="checkbox"/>	実施	
	利用者に対する計画の内容説明、記録	<input type="checkbox"/>	3月毎に実施	
	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、担当者等の個別訓練に係る記録
医療機関連携加算	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	
	利用者の同意の有無	<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	
	協力医療機関等と情報内容を定めている	<input type="checkbox"/>	あり	
	協力医療機関又は利用者の主治医に月1回以上情報提供	<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	

411 介護予防福祉用具貸与費

点検項目	点検事項	点検結果	
特別地域加算	厚生労働大臣の定める地域	<input type="checkbox"/> 該当	
中山間部地域等における小規模事業所加算	厚生労働大臣の定める地域＋事業所規模要件	<input type="checkbox"/> 該当	
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	厚生労働大臣の定める地域	<input type="checkbox"/> 該当	

501 介護予防支援費

点検項目	点検事項	点検結果	
初回加算	新規に介護予防サービス計画を作成	<input type="checkbox"/> 該当	
小規模多機能型居宅介護事業所連携加算	利用者が小規模多機能居宅介護の利用を開始する際に、小規模多機能居宅介護に必要な介護予防サービスの利用状況等情報提供し、当該事業所の居宅サービス計画の作成に協力	<input type="checkbox"/> 該当	

601 夜間対応型訪問介護費

点検項目	点検事項	点検結果	
3級訪問介護員の訪問		<input type="checkbox"/> あり	
24時間通報対応加算	日中にオペレーションサービスを行うための必要な人員の確保	<input type="checkbox"/> 該当	
	緊急対応が必要な場合の連絡体制の確保、必要に応じた訪問介護の実施	<input type="checkbox"/> 該当	
	事前にサービス利用の契約を締結している	<input type="checkbox"/> 該当	
	緊急対応が可能となるよう定期的に具体的な対応体制を把握している	<input type="checkbox"/> 該当	
	夜間の同居家族等の状況把握に加え、利用者の日中の居宅サービス利用状況等を把握している	<input type="checkbox"/> 該当	
	利用者からの通報日時、通報内容、具体的対応の内容の記録	<input type="checkbox"/> 該当	
	定員、人員基準適合	<input type="checkbox"/> 該当	
サービス提供体制強化加算（I）	オペレーションセンターを設置している	<input type="checkbox"/> 該当	
	すべての訪問介護員等ごとの研修計画に従い研修の実施又は実施を予定している	<input type="checkbox"/> 該当	
	留意事項の伝達又は技術指導を目的とした会議を定期的開催している	<input type="checkbox"/> 該当	
	すべての訪問看護員等に対して健康診断等を定期的実施している	<input type="checkbox"/> 該当	
	訪問介護員総数のうち介護福祉士の占める割合が3割以上又は介護福祉士及び介護職員基礎研修修了者の占める割合が5割以上	<input type="checkbox"/> 該当	
	定員、人員基準適合	<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）	原則オペレーションセンターの設置がない	<input type="checkbox"/> 該当	
	すべての訪問介護員等ごとの研修計画に従い研修の実施又は実施を予定している	<input type="checkbox"/> 該当	
	留意事項の伝達又は技術指導を目的とした会議を定期的開催している	<input type="checkbox"/> 該当	
	すべての訪問看護師等に対して健康診断等を定期的実施している	<input type="checkbox"/> 該当	
	訪問介護員総数のうち介護福祉士の占める割合が3割以上又は介護福祉士及び介護職員基礎研修修了者の占める割合が5割以上	<input type="checkbox"/> 該当	
	（定員、）人員基準適合	<input type="checkbox"/> 該当	

602 認知症対応型通所介護費

点検項目	点検事項	点検結果	
6～8時間の前後に行う日常生活上の世話	6時間以上8時間未満のサービス提供	<input type="checkbox"/> 実施	
	8時間以上9時間未満	<input type="checkbox"/> 50単位	
	9時間以上10時間未満	<input type="checkbox"/> 100単位	
入浴加算	入浴介助を適切に行うことのできる人員及び設備	<input type="checkbox"/> 満たす	
	通所計画上の位置づけ	<input type="checkbox"/> あり	
	入浴介助の実施	<input type="checkbox"/> 実施	
個別機能訓練加算	個別機能訓練開始時の利用者への説明の有無	<input type="checkbox"/> あり	
	専ら職務に従事する機能訓練指導員が120分以上かつ1名以上の配置	<input type="checkbox"/> 配置	
	多職種協働による個別機能訓練計画の作成	<input type="checkbox"/> 実施	個別機能訓練計画
	計画に基づく機能訓練の実施	<input type="checkbox"/> 実施	
	効果、実施方法に対する評価の実施	<input type="checkbox"/> 実施	
	個別機能訓練計画の内容説明、記録	<input type="checkbox"/> 3月に1回以上実施	
	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	
若年性認知症利用者受入加算	若年性認知症利用者ごとに個別に担当者定める	<input type="checkbox"/> 該当	
	担当者中心に利用者の特性やニーズに応じた適切なサービス提供	<input type="checkbox"/> 実施	

点検項目	点検事項	点検結果	
栄養改善加算	管理栄養士を1名以上配置	<input type="checkbox"/> 配置	
	管理栄養士、看護・介護職員等が共同した栄養ケア計画の作成	<input type="checkbox"/> あり	栄養ケア計画(参考様式)
	利用者等に対する計画の説明及び同意の有無	<input type="checkbox"/> あり	
	計画に基づく栄養改善サービスの提供、栄養状態等の記録	<input type="checkbox"/> あり	栄養ケア提供経過記録(参考様式)
	栄養ケア計画の評価、ケアマネ等に対する情報提供	<input type="checkbox"/> 3月ごとに実施	栄養ケアモニタリング(参考様式)
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> あり	
	月の算定回数	<input type="checkbox"/> 2回以下	
	低栄養状態又はそのおそれがあり、栄養改善サービス提供が必要と認められる者	<input type="checkbox"/> 該当	
	問題を有する者の適宜確認	<input type="checkbox"/> 該当	

点検項目	点検事項	点検結果	
口腔機能向上加算	言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員を1名以上配置	<input type="checkbox"/> 配置	
	言語聴覚士、歯科衛生士、看護・介護職員等による口腔機能改善管理指導計画の作成	<input type="checkbox"/> なし	口腔機能改善管理指導計画・管理指導計画(参考様式)
	認定調査票の嚥下・食事摂取、口腔清潔の3項目のいずれかの項目において「1」以外に該当する者、基本チェックリストの口腔機能に関する(13)(14)(15)の3項目のうち2項目以上が「1」に該当する者又は、その他口腔機能の低下している者(おそれのある者含む)	<input type="checkbox"/> 該当	
	介護支援専門員を通じて、主治医又は主治の歯科医師への情報提供、受診勧奨などの適切な措置を講じている場合、医療保険の染色機能療法の算定していない又は接触・嚥下機能に関する訓練の指導若しくは実施をしている	<input type="checkbox"/> 該当	
	利用者等に対する計画の説明及び同意の有無	<input type="checkbox"/> あり	
	計画に基づく言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員による口腔機能向上サービスの提供、定期的な記録作成	<input type="checkbox"/> あり	口腔機能改善管理指導計画・管理指導計画(参考様式)
	利用者毎の計画の進捗状況を定期的に評価、ケアマネ等への情報提供	<input type="checkbox"/> 3月ごとに実施	口腔機能向上サービスのモニタリング(参考様式)
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> あり	
	月の算定回数	<input type="checkbox"/> 2回以下	
サービス提供体制強化加算Ⅰ	介護職員総数のうち介護福祉士の数4割以上	<input type="checkbox"/> 該当	
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	
サービス提供体制強化加算Ⅱ	直接処遇職員のうち勤続年数3年以上の者の数3割以上	<input type="checkbox"/> 該当	
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	

603 小規模多機能型居宅介護費

点検項目	点検事項	点検結果	
過少サービスに対する減算	登録者一人あたりの平均提供回数、週4回に満たない場合	<input type="checkbox"/> 該当	
初期加算	小規模多機能型居宅介護事業所に登録した日から起算して30日以内	<input type="checkbox"/> 該当	
認知症加算（Ⅰ）	日常生活に支障をきたすおそれのある症状又は行動が認められることから介護を必要とする認知症の者（認知症日常生活自立度Ⅲ以上）	<input type="checkbox"/> 該当	
認知症加算（Ⅱ）	要介護2であって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（認知症日常生活自立度Ⅱ）	<input type="checkbox"/> 該当	
看護職員配置加算（Ⅰ）	専従の常勤看護師1名以上	<input type="checkbox"/> 配置	
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	
看護職員配置加算（Ⅱ）	専従の常勤准看護師1名以上	<input type="checkbox"/> 配置	
	看護職員配置加算（Ⅰ）を算定していない	<input type="checkbox"/> 該当	
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	
事業開始時支援加算（Ⅰ）	事業開始後1年未満	<input type="checkbox"/> 該当	
	登録定員数に対する実登録者数の割合が8割未満	<input type="checkbox"/> 該当	
	過去に登録定員数に対する実登録者数の割合が8割以上になったことがない	<input type="checkbox"/> 該当	
	平成24年3月31日までの間	<input type="checkbox"/> 該当	

点検項目	点検事項	点検結果	
事業開始時支援加算 (Ⅱ)	事業開始後1年以上2年未満	<input type="checkbox"/> 該当	
	登録定員数に対する実登録者数の割合が8割未満	<input type="checkbox"/> 該当	
	過去に登録定員数に対する実登録者数の割合が8割以上になったことがない	<input type="checkbox"/> 該当	
	平成24年3月31日までの間	<input type="checkbox"/> 該当	
サービス提供体制強化 加算(Ⅰ)	従業者ごとの研修計画の作成及び実施又は実施を予定している	<input type="checkbox"/> 該当	
	利用者の情報や留意事項の伝達又は技術指導のための会議を定期的に行っている	<input type="checkbox"/> 該当	
	従業者(看護師又は、准看護師であるものを除く)総数のうち、介護福祉士の占める割合が4割以上である	<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)、又は(Ⅲ)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	
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	従業者ごとの研修計画の作成及び実施又は実施を予定している	<input type="checkbox"/>	該当
	利用者の情報や留意事項の伝達又は技術指導のための会議を定期的に行っている	<input type="checkbox"/>	該当
	従業者総数のうち、常勤の職員の占める割合が6割以上である	<input type="checkbox"/>	該当
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/>	該当
	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)、又は(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)	従業者ごとの研修計画の作成及び実施又は実施を予定している	<input type="checkbox"/>	該当
	利用者の情報や留意事項の伝達又は技術指導のための会議を定期的に行っている	<input type="checkbox"/>	該当
	従業者総数のうち、勤続年数3年以上の職員の占める割合が3割以上及び届出日に属する月の前三月について、常勤換算方法により算出した平均を用いる場合は、毎月の記録	<input type="checkbox"/>	該当
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/>	該当
	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)、又は(Ⅱ)を算定していない	<input type="checkbox"/>	該当

604 認知症対応型共同生活介護費

点検項目	点検事項	点検結果	
夜勤減算	介護従業者の数が1以上	<input type="checkbox"/> 満たさない	
	共同生活住居が3以上の場合は、2住居毎に1以上	<input type="checkbox"/> 満たさない	
夜間ケア加算	1の共同生活住居につき夜間及び深夜の勤務を行わせるための介護従事者1名に加えて、常勤換算方法で1以上	<input type="checkbox"/> 配置	
認知症行動・心理症状 緊急対応加算	短期利用共同生活介護の利用者 当該利用者は、病院又は診療所の入院中の者、介護保険施設又は地域密着型介護老人福祉施設に入院又は入所中の者、認知症対応型共同介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、特定施設入居者生活介護、短期入所生活介護、短期入所療養介護及び短期利用共同生活介護の利用中の者でない	<input type="checkbox"/> 該当	
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	
	医師が緊急に短期利用共同生活介護を利用することが適当と判断したものに認知症対応型共同生活介護を行った場合	<input type="checkbox"/> 該当	
	介護支援専門員及び受入事業所との連携をし、利用者又は家族との同意を得ている	<input type="checkbox"/> 該当	
	判断を行った医師は症状、判断の内容等を診療録等に記録し、事業者は判断を行った日時、医師名、留意事項等を介護サービス計画書に記録している	<input type="checkbox"/> 該当	
	利用開始日から起算して7日以内	<input type="checkbox"/> 該当	
若年性認知症利用者受 入加算	若年性認知症利用者ごとに個別に担当者を定めている	<input type="checkbox"/> 該当	
	担当者中心に利用者の特性やニーズに応じた適切なサービス提供	<input type="checkbox"/> 実施	

点検項目	点検事項	点検結果	
看取り介護加算	医師が医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した者	<input type="checkbox"/>	該当
	利用者、家族等の同意を得て介護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らえない場合、介護記録に職員間の相談日時内容等及び本人家族の状況が記載されている	<input type="checkbox"/>	該当
	死亡日以前30日	<input type="checkbox"/>	該当
	退居した日の翌日から死亡の間は算定しない	<input type="checkbox"/>	該当
医療連携体制加算を算定している	<input type="checkbox"/>	該当	
初期加算	入居日が起算して30日以内	<input type="checkbox"/>	該当

点検項目	点検事項	点検結果	
医療連携体制加算	病院、訪問看護ステーション等との連携により看護師を1名以上確保	<input type="checkbox"/> 満たす	
	看護師による24時間連絡体制の確保	<input type="checkbox"/> あり	
	重度化した場合における対応の指針の有無	<input type="checkbox"/> あり	重度化した場合における対応に係る指針(急性期における医師、医療機関との連携、入院期間中の当該施設における居住費・食費の取扱い、看取りに関する考え方、本人等との話し合いや意思確認の方法等)
	入居の際に利用者等に対する指針の説明、同意の有無	<input type="checkbox"/> あり	
退居時相談援助加算	利用期間が1ヶ月を超える利用者が退居	<input type="checkbox"/> 該当	
	退居後の居宅サービス又は地域密着サービスその他の保健医療、福祉サービスについての相談援助	<input type="checkbox"/> 該当	
	利用者の同意の上、退居日から2週間以内に市町村等に利用者の介護状況を示す文書及び居宅サービス又は地域密着型サービスに必要な情報を提供	<input type="checkbox"/> 該当	
	計画作成担当者、介護職員等が協力し、退居者及びその家族等のいずれにも相談援助を行い当該相談援助を行った日及び内容の要点を記録している	<input type="checkbox"/> 該当	
	利用者一人につき1回が限度	<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、日常生活に支障をきたす症状又は行動があるため介護を必要とする認知症者(日常生活自立度Ⅲ以上の者)である対象者の割合が5割以上	<input type="checkbox"/> 該当	
	対象者の数が20人未満で専門的な研修修了者が1人以上、対象者が20人以上の場合は、1に対象者が19を超えて10又は端数を増すごとに1人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	<input type="checkbox"/> 該当	
	留意事項の伝達又は技術的指導の会議を定期的実施	<input type="checkbox"/> 該当	
認知症専門ケア加算Ⅱ	利用者総数のうち、日常生活に支障をきたす症状又は行動があるため介護を必要とする認知症者(日常生活自立度Ⅲ以上の者)である対象者の割合が5割以上	<input type="checkbox"/> 該当	
	対象者の数が20人未満で専門的な研修修了者が1人以上、対象者が20人以上の場合は、1に対象者が19を超えて10又は端数を増すごとに1人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	<input type="checkbox"/> 該当	
	留意事項の伝達又は技術的指導の会議を定期的実施	<input type="checkbox"/> 該当	
	専門的な研修修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等を実施	<input type="checkbox"/> 該当	
	介護職員、看護職員ごとの認知症ケアに関する研修計画の作成及び研修の実施	<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Ⅰ	介護職員の総数のうち介護福祉士の数5割以上	<input type="checkbox"/> 該当	
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	
サービス提供体制強化 加算Ⅱ	看護・介護職員の総数のうち常勤職員の数7割5分以上	<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	直接処遇職員の総数のうち勤続3年以上の者3割以上及び 記録あり	<input type="checkbox"/> 該当	
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	

605 地域密着型特定施設入居者生活介護費

点検項目	点検事項	点検結果	
個別機能訓練加算	専ら職務に従事する常勤の理学療法士等を1人以上配置	<input type="checkbox"/> 配置	
	多職種協働による個別機能訓練計画の作成	<input type="checkbox"/> 作成	個別機能訓練計画
	開始時における利用者等に対する計画の内容説明	<input type="checkbox"/> 実施	
	利用者に対する計画の内容説明、記録	<input type="checkbox"/> 3月毎に実施	
	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
夜間看護体制加算	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	
	看護職員による24時間連絡体制の確保等	<input type="checkbox"/> あり	夜間連絡・対応体制の指針、マニュアル等
	重度化した場合における対応の指針の有無	<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、同意の有無	<input type="checkbox"/> あり	
	研修棟で看護、介護職員に連絡体制の内容が調整されている	<input type="checkbox"/> あり	
医療機関連携加算	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	
	利用者の同意の有無	<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	
	協力医療機関等と情報内容を定めている	<input type="checkbox"/> あり	
	協力医療機関又は利用者の主治医に月1回以上情報提供	<input type="checkbox"/> あり	

606 地域密着型介護福祉施設サービス

点検項目	点検事項	点検結果	
夜勤減算	利用者数25人以下	<input type="checkbox"/> 看護・介護1人未満	
	利用者数26人以上60人以下	<input type="checkbox"/> 看護・介護2人未満	
	ユニット型・・・2ユニットごとに1以上	<input type="checkbox"/> 満たさない	
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	身体拘束等を行う場合の記録を行っていない	<input type="checkbox"/> 未整備	
日常生活継続支援加算	入所者の総数のうち要介護4もしくは5の者の数6割5分以上又は日常生活に支障をきたすおその症状若しくは行動が認められ介護を必要とする認知症の入所者数6割以上 認知症者は日常生活自立度のランクⅢ以上のもの	<input type="checkbox"/> 該当	
	介護福祉士の数が常勤換算方法で6：1以上の配置	<input type="checkbox"/> 配置	
	サービス提供体制強化加算の算定をしていない	<input type="checkbox"/> 該当	
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	
看護体制加算Ⅰイ	地域密着型介護福祉施設サービス又はユニット型地域密着型介護福祉施設サービスの算定	<input type="checkbox"/> 該当	
	常勤の看護師を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	
看護体制加算Ⅰロ	経過的ユニット型経過的な地域密着型介護福祉施設サービス又はユニット型旧措置入所者経過的な地域密着型介護福祉施設サービスの算定	<input type="checkbox"/> 該当	
	常勤の看護師を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	

点検項目	点検事項	点検結果	
看護体制加算Ⅱイ	地域密着型介護福祉施設サービス又はユニット型地域密着型介護福祉施設サービスの算定	<input type="checkbox"/>	該当
	看護職員を常勤換算で2名以上配置	<input type="checkbox"/>	該当
	看護職員による24時間の連絡体制の確保	<input type="checkbox"/>	該当
	24時間連絡体制(連絡対応体制に関する指針やマニュアル等が整備され、看護職員不在時の介護職員の観察項目の標準化がされ、看護介護職員に研修等で周知されている等)が周知されている	<input type="checkbox"/>	該当
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/>	該当
看護体制加算Ⅱロ	経過的ユニット型経過的地域密着型介護福祉施設サービス又はユニット型旧措置入所者経過的地域密着型介護福祉施設サービス	<input type="checkbox"/>	該当
	看護職員を常勤換算で2名以上配置	<input type="checkbox"/>	該当
	看護職員による24時間の連絡体制の確保	<input type="checkbox"/>	該当
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/>	該当
夜勤職員配置加算Ⅰイ	地域密着型介護福祉施設	<input type="checkbox"/>	該当
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/>	該当
夜勤職員配置加算Ⅰロ	経過的地域密着型介護福祉施設	<input type="checkbox"/>	該当
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/>	該当
夜勤職員配置加算Ⅱイ	ユニット型地域密着型介護福祉施設	<input type="checkbox"/>	該当
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/>	該当
夜勤職員配置加算Ⅱロ	ユニット型経過型地域密着型介護福祉施設又はユニット型旧措置入所者経過的地域密着型介護福祉施設	<input type="checkbox"/>	該当
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/>	該当
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"/>	あり

点検項目	点検事項	点検結果		
	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"/>	あり	
	日中、準ユニットごとに1人以上の介護・看護職員の配置	<input type="checkbox"/>	配置	
	夜間、深夜に2準ユニットごとに1人以上の介護・看護職員の配置	<input type="checkbox"/>	配置	
	準ユニットごとに常勤のユニットリーダー配置	<input type="checkbox"/>	配置	
個別機能訓練加算	個別機能訓練開始時の利用者への説明・記録の有無	<input type="checkbox"/>	あり	
	専ら職務に従事する常勤の理学療法士等を1人以上配置	<input type="checkbox"/>	配置	
	多職種協働による個別機能訓練計画の作成	<input type="checkbox"/>	作成	個別機能訓練計画書
	利用者に対する計画の内容説明、記録	<input type="checkbox"/>	3月毎に実施	
	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
若年性認知症利用者受入加算	若年性認知症利用者ごとに個別に担当者定める	<input type="checkbox"/>	該当	
	担当者中心に利用者の特性やニーズに応じた適切なサービス提供	<input type="checkbox"/>	実施	
常勤医師加算	専ら職務に従事する常勤の医師1名以上配置	<input type="checkbox"/>	配置	
精神科医師配置加算	医師が診断した認知症入所者が全入所者の1/3以上	<input type="checkbox"/>	満たす	
	精神科担当医師が月2回以上定期的に療養指導を実施	<input type="checkbox"/>	実施	
	常勤医師加算の算定	<input type="checkbox"/>	算定していない	
	配置医師が精神科を兼ねる場合	<input type="checkbox"/>	5回目以降	
	療養指導の記録の整備	<input type="checkbox"/>	あり	療養指導の記録

点検項目	点検事項	点検結果		
障害者生活支援体制加算	視覚、聴覚・言語機能に重度の障害がある者又は、重度の知的障害者が15人以上	<input type="checkbox"/>	満たす	
	専ら障害者生活支援員としての職務に従事する常勤職員1名以上配置	<input type="checkbox"/>	配置	
	障害者生活支援員として点字の指導、点訳、手話通訳、知的障害者福祉司等の要件を満たす	<input type="checkbox"/>	満たす	履歴書等
入院・外泊時費用	入院又は外泊をした場合	<input type="checkbox"/>	6日以下	
	短期入所生活介護のベッドへの活用の有無	<input type="checkbox"/>	なし	
初期加算	入所した日から起算して30日以内	<input type="checkbox"/>		
	算定期間中の外泊	<input type="checkbox"/>	なし	
	過去3月以内の当該施設への入所(自立度判定基準によるⅢ、Ⅳ、Mの場合は1月以内)	<input type="checkbox"/>	なし	
	30日以上入院後の入所	<input type="checkbox"/>	あり	
退所前後訪問相談援助加算	入所期間が1月以上(見込みを含む)	<input type="checkbox"/>	満たす	
	介護支援専門員、生活相談員、看護職員、機能訓練指導員、医師のいずれかが退所後生活する居宅を訪問し、利用者及び家族に対し相談援助を実施(2回を限度)	<input type="checkbox"/>	満たす	
	退所後30日以内に入所者及び家族等に対し相談援助を実施	<input type="checkbox"/>	満たす	
	退所の理由が病院、診療所、他の介護保険施設への入院・入所、死亡ではない	<input type="checkbox"/>	満たす	
	相談援助の実施日、内容の記録の整備	<input type="checkbox"/>	満たす	相談記録

点検項目	点検事項	点検結果	
退所時相談援助加算	入所期間が1月以上	<input type="checkbox"/>	満たす
	退所時に入所者等に対し退所後の居宅サービス等についての相談援助を実施	<input type="checkbox"/>	満たす
	退所日から2週間以内に市町村、老人介護支援センターに対し、利用者の同意を得て介護状況を示す文書による情報提供	<input type="checkbox"/>	満たす
	退所の理由が病院、診療所、他の介護保険施設への入院・入所、死亡ではない	<input type="checkbox"/>	満たす
	相談援助の実施日、内容の記録の整備	<input type="checkbox"/>	満たす
退所前連携加算	入所期間が1月以上	<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、利用者の同意を得て介護状況を示す文書による情報提供をし、かつ、居宅サービス等の利用に関する調整を実施	<input type="checkbox"/>	満たす
	退所の理由が病院、診療所、他の介護保険施設への入院・入所、死亡ではない	<input type="checkbox"/>	満たす
	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		
栄養マネジメント加算	常勤管理栄養士1名以上配置	<input type="checkbox"/>	配置	
	委託先にも管理栄養士が配置されていない	<input type="checkbox"/>	該当	
	同一敷地内の複数の介護保険施設の栄養ケア・マネジメントを行っている場合、所属の施設のみ算定している	<input type="checkbox"/>	該当	
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/>	あり	
	医師、管理栄養士等多職種協働で栄養ケア計画の作成	<input type="checkbox"/>	あり	栄養ケア計画(参考様式)
	入所者又は家族等に計画を説明し、同意を得る	<input type="checkbox"/>	あり	
	計画に基づく栄養管理及び栄養状態を定期的に記録	<input type="checkbox"/>		栄養ケア提供経過記録(参考様式)
	計画の進捗状況を定期的に評価、見直し	<input type="checkbox"/>	2週間毎に実施	栄養ケアモニタリング(参考様式)
	〃 (リスク低)	<input type="checkbox"/>	3月毎に実施	栄養ケアモニタリング(参考様式)
	栄養状態の把握(体重測定等)	<input type="checkbox"/>	1回/月実施	
栄養スクリーニングの実施	<input type="checkbox"/>	3月毎に実施		
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	栄養ケア計画(参考様式)を準用
	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"/>	2週間毎に実施		

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	
	著しい摂食機能障害を有し誤嚥が認められ(造影撮影又は内視鏡検査による。)経口による食事摂取のための管理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、管理栄養士等多職種協働で経口維持計画の作成	<input type="checkbox"/> あり	栄養ケア計画(参考様式)を準用
	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及び入所者の同意の有無	<input type="checkbox"/> あり	
	180日を超えて算定する場合の定期的な医師の指示	<input type="checkbox"/> 2週間毎に実施	
	経口移行加算、経口維持加算Ⅱを算定していない	<input type="checkbox"/> 算定していない	
経口維持加算Ⅱ	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> あり	
	摂食機能障害を有し誤嚥が認められ(水飲みテスト頸部聴診法等による。)経口による食事摂取のための管理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、管理栄養士等多職種協働で経口維持計画の作成	<input type="checkbox"/> あり	栄養ケア計画(参考様式)を準用
	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及び入所者の同意の有無	<input type="checkbox"/> あり	
	180日を超えて算定する場合の定期的な医師の指示	<input type="checkbox"/> 2週間毎に実施	
	経口移行加算、経口維持加算Ⅰを算定していない	<input type="checkbox"/> 算定していない	
口腔機能維持管理加算	歯科医師又は歯科医師の指示をうけた歯科衛生士が、介護職員に技術的助言、指導を行っている	<input type="checkbox"/> 月1回以上	

点検項目	点検事項	点検結果	
	技術的助言、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
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
	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"/>	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、高脂血症食、痛風食及び特別な場合の検査食の提供	<input type="checkbox"/>	あり
	療養食の献立の作成の有無	<input type="checkbox"/>	あり
			療養食献立表

点検項目	点検事項	点検結果	
看取り介護加算	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"/>	あり
	入所者又はその家族等の同意を得て、入所者の介護に係る計画が作成されている	<input type="checkbox"/>	あり
	医師、看護師、介護職員等が共同して入所者の状態又は家族の求めに応じ随時説明をし、同意を得ている	<input type="checkbox"/>	あり
	常勤の看護師を1名以上配置し、看護職員、又は病院等の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"/>	あり
	24時間連絡体制(連絡対応体制に関する指針やマニュアル等が整備され、看護職員不在時の介護職員の観察項目の標準化がされ、看護介護職員に研修等で周知されている等)が整備されている	<input type="checkbox"/>	該当
	看取りに関する指針を定め、入所の際に入所者又は家族等に内容説明、同意の有無	<input type="checkbox"/>	あり
	看取りに関する職員研修の実施	<input type="checkbox"/>	あり
	看取りを行う際の個室又は静養室の利用が可能となる配慮	<input type="checkbox"/>	あり
	(1) 死亡日以前4日以上30日以内	<input type="checkbox"/>	1日80単位
	(2) 死亡日の前日及び前々日	<input type="checkbox"/>	1日680単位
(3) 死亡日	<input type="checkbox"/>	1日1,280単位	

点検項目	点検事項	点検結果		
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又は居宅介護支援事業者からの情報提供し、在宅生活が1月以上継続することの確認、記録の実施	<input type="checkbox"/>	あり	
	入所者の家族との連絡調整の実施	<input type="checkbox"/>	あり	
	入所者が希望する居宅介護支援事業者に対し、必要な情報提供、退所後の利用サービス調整の実施	<input type="checkbox"/>	あり	介護状況を示す文書
	算定根拠等の関係書類の整備の有無	<input type="checkbox"/>	あり	
在宅・入所相互利用加算	あらかじめ在宅期間、入所期間を定め、文書による同意を得ている	<input type="checkbox"/>	あり	同意書
	居宅期間及び入所期間を定めて同一の個室を計画内に利用している	<input type="checkbox"/>	該当	
	要介護3、4、5の者	<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の説明及び合意の有無	<input type="checkbox"/>	あり	
	施設の介護支援専門員、介護職員等、在宅の介護支援専門員等との支援チームの結成	<input type="checkbox"/>	あり	
	概ね1月に1回のカンファレンスの実施及び記録の有無	<input type="checkbox"/>	あり	次期在宅期間、入所期間の介護の目標及び方針をまとめた記録
	多床室でないこと	<input type="checkbox"/>	個室等	
小規模拠点集合型施設加算	同一敷地内で、5人以下の居住単位に入所	<input type="checkbox"/>	5人以下	

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、日常生活に支障をきたす症状又は行動があるため介護を必要とする認知症者(日常生活自立度Ⅲ以上の者)である対象者の割合が5割以上	<input type="checkbox"/>	該当
	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の会議を定期的実施	<input type="checkbox"/>	該当
認知症専門ケア加算Ⅱ	利用者総数のうち、日常生活に支障をきたす症状又は行動があるため介護を必要とする認知症者(日常生活自立度Ⅲ以上の者)である対象者の割合が5割以上	<input type="checkbox"/>	該当
	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の会議を定期的実施	<input type="checkbox"/>	該当
	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	<input type="checkbox"/>	該当
	介護職員、看護職員ごとの研修計画の作成、実施	<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Ⅰ	介護職員の総数のうち介護福祉士の数5割以上	<input type="checkbox"/>	該当
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/>	該当
サービス提供体制強化 加算Ⅱ	看護・介護職員の総数のうち常勤職員の数7割5分以上	<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	利用者に直接処遇職員の総数のうち勤続3年以上の者3割以上及び記録あり	<input type="checkbox"/>	該当
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/>	該当

701 介護予防認知症対応型通所介護費

点検項目	点検事項	点検結果	
6～8時間の前後に行う日常生活上の世話	6時間以上8時間未満のサービス提供	<input type="checkbox"/> 実施	
	8時間以上9時間未満	<input type="checkbox"/> 50単位	
	9時間以上10時間未満	<input type="checkbox"/> 100単位	
入浴加算	入浴介助を適切に行うことのできる人員及び設備	<input type="checkbox"/> 満たす	
	通所計画上の位置づけ	<input type="checkbox"/> あり	
	入浴介助の実施	<input type="checkbox"/> 実施	
個別機能訓練加算	個別機能訓練開始時の利用者への説明の有無	<input type="checkbox"/> あり	
	専ら職務に従事する機能訓練指導員が120分以上かつ1名以上の配置	<input type="checkbox"/> 配置	
	多職種協働による個別機能訓練計画の作成	<input type="checkbox"/> 実施	個別機能訓練計画
	計画に基づく機能訓練の実施	<input type="checkbox"/> 実施	
	効果、実施方法に対する評価の実施	<input type="checkbox"/> 実施	
	個別機能訓練計画の内容説明、記録	<input type="checkbox"/> 3月に1回以上実施	
	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	
若年性認知症利用者受入加算	若年性認知症利用者ごとに個別に担当者定める	<input type="checkbox"/> 該当	
	担当者中心に利用者の特性やニーズに応じた適切なサービス提供	<input type="checkbox"/> 実施	

点検項目	点検事項	点検結果	
栄養改善加算	管理栄養士を1名以上配置	<input type="checkbox"/> 配置	
	管理栄養士、看護・介護職員等が共同した栄養ケア計画の作成	<input type="checkbox"/> あり	栄養ケア計画(参考様式)
	利用者等に対する計画の説明及び同意の有無	<input type="checkbox"/> あり	
	計画に基づく栄養改善サービスの提供、栄養状態等の記録	<input type="checkbox"/> あり	栄養ケア提供経過記録(参考様式)
	栄養ケア計画の評価、ケアマネ等に対する情報提供	<input type="checkbox"/> 3月ごとに実施	栄養ケアモニタリング(参考様式)
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> あり	
	月の算定回数	<input type="checkbox"/> 2回以下	
	低栄養状態又はそのおそれがあり、栄養改善サービス提供が必要と認められる者	<input type="checkbox"/> 該当	
	問題を有する者の適宜確認	<input type="checkbox"/> 該当	
口腔機能向上加算	言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員を1名以上配置	<input type="checkbox"/> 配置	
	言語聴覚士、歯科衛生士、看護・介護職員等による口腔機能改善管理指導計画の作成	<input type="checkbox"/> なし	口腔機能改善管理指導計画・管理指導計画(参考様式)
	医療における対応の必要性の有無	<input type="checkbox"/> なし	
	利用者等に対する計画の説明及び同意の有無	<input type="checkbox"/> あり	
	計画に基づく言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員による口腔機能向上サービスの提供、定期的な記録作成	<input type="checkbox"/> あり	口腔機能改善管理指導計画・管理指導計画(参考様式)
	利用者毎の計画の進捗状況を定期的に評価、ケアマネ等への情報提供	<input type="checkbox"/> 3月ごとに実施	口腔機能向上サービスのモニタリング(参考様式)
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> あり	
サービス提供体制強化加算Ⅰ	介護職員総数のうち介護福祉士の数4割以上	<input type="checkbox"/> 該当	
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	
サービス提供体制強化加算Ⅱ	直接処遇職員のうち勤続年数3年以上の者の数3割以上	<input type="checkbox"/> 該当	
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	

702 介護予防小規模多機能型居宅介護費

点検項目	点検事項	点検結果	
過少サービスに対する減算	登録者一人あたりの平均提供回数、週4回に満たない場合	<input type="checkbox"/>	該当
初期加算	小規模多機能型居宅介護事業所に登録した日（利用を開始した日）から起算して30日以内	<input type="checkbox"/>	該当
事業開始時支援加算 (Ⅰ)	事業開始後1年未満	<input type="checkbox"/>	該当
	登録定員数に対する実登録者数の割合が8割未満	<input type="checkbox"/>	該当
	過去に登録定員数に対する実登録者数の割合が8割以上になったことがない	<input type="checkbox"/>	該当
	平成24年3月31日までの間	<input type="checkbox"/>	該当
事業開始時支援加算 (Ⅱ)	事業開始後1年以上2年未満	<input type="checkbox"/>	該当
	登録定員数に対する実登録者数の割合が8割未満	<input type="checkbox"/>	該当
	過去に登録定員数に対する実登録者数の割合が8割以上になったことがない	<input type="checkbox"/>	該当
	平成24年3月31日までの間	<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(Ⅰ)	従業者ごとの研修計画の作成及び実施又は実施を予定している	<input type="checkbox"/>	該当
	利用者の情報や留意事項の伝達又は技術指導のための会議を定期的に行っている	<input type="checkbox"/>	該当
	従業者(看護師又は、准看護師であるものを除く)総数のうち、介護福祉士の占める割合が4割以上である	<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)、又は(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)	従業者ごとの研修計画の作成及び実施又は実施を予定している	<input type="checkbox"/>	該当
	利用者の情報や留意事項の伝達又は技術指導のための会議を定期的に行っている	<input type="checkbox"/>	該当
	従業者総数のうち、常勤の職員の占める割合が6割以上である	<input type="checkbox"/>	該当
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/>	該当
	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)、又は(Ⅲ)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		
サービス提供体制強化 加算(Ⅲ)	従業者ごとの研修計画の作成及び実施又は実施を予定している	<input type="checkbox"/>	該当	
	利用者の情報や留意事項の伝達又は技術指導のための会議を定期的に行っている	<input type="checkbox"/>	該当	
	従業者総数のうち、勤続年数3年以上の職員の占める割合が3割以上及び届出日に属する月の前三月について、常勤換算方法により算出した平均を用いる場合は、毎月の記録	<input type="checkbox"/>	該当	
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/>	該当	
	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)、又は(Ⅱ)を算定していない	<input type="checkbox"/>	該当	

703 介護予防認知症対応型共同生活介護費

点検項目	点検事項	点検結果	
夜勤減算	介護従業者の数が1以上	<input type="checkbox"/> 満たさない	
	共同生活住居が3以上の場合は、2住居毎に1以上	<input type="checkbox"/> 満たさない	
夜間ケア加算	1の共同生活住居につき夜間及び深夜の勤務を行わせるための介護従事者1名に加えて、常勤換算方法で1名以上	<input type="checkbox"/> 配置	
認知症行動・心理症状 緊急対応加算	短期利用共同生活介護の利用者 当該利用者は、病院又は診療所の入院中の者、介護保険施設又は地域密着型介護老人福祉施設に入院又は入所中の者、認知症対応型共同介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、特定施設入居者生活介護、短期入所生活介護、短期入所療養介護及び短期利用共同生活介護の利用中の者でない	<input type="checkbox"/> 該当	
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	
	医師が緊急に短期利用共同生活介護を利用することが適当と判断したものに認知症対応型共同生活介護を行った場合	<input type="checkbox"/> 該当	
	介護支援専門員及び受入事業所との連携をし、利用者又は家族との同意を得ている	<input type="checkbox"/> 該当	
	判断を行った医師は症状、判断の内容等を診療録等に記録し、事業者は判断を行った日時、医師名、留意事項等を介護サービス計画書に記録している	<input type="checkbox"/> 該当	
	利用開始日から起算して7日以内	<input type="checkbox"/> 該当	

点検項目	点検事項	点検結果	
若年性認知症利用者受入加算	若年性認知症利用者ごとに個別に担当者定めている	<input type="checkbox"/> 該当	
	担当者中心に利用者の特性やニーズに応じた適切なサービス提供	<input type="checkbox"/> 実施	
初期加算	入居日が起算して30日以内	<input type="checkbox"/> 該当	
退居時相談援助加算	利用期間が1ヶ月を超える利用者	<input type="checkbox"/> 該当	
	退居後の居宅サービス又は地域密着サービスその他の保健医療・福祉サービスについての相談援助	<input type="checkbox"/> 該当	
	利用者の同意の上、退居日から2週間以内に市町村等に利用者の介護状況を示す文書及び居宅サービス又は地域密着型サービスに必要な情報を提供	<input type="checkbox"/> 該当	
	計画作成担当者、介護職員等が協力し、退居者及びその家族等のいずれにも相談援助を行い、当該相談援助を行った日及び内容の要点を記録している	<input type="checkbox"/> 該当	
	利用者一人につき1回が限度	<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、日常生活に支障をきたす症状又は行動があるため介護を必要とする認知症者(日常生活自立度Ⅲ以上の者)である対象者の割合が5割以上	<input type="checkbox"/>	該当
	対象者の数が20人未満で専門的な研修修了者が1人以上、対象者が20人以上の場合は、1に対象者が19を超えて10又は端数を増すごとに1人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	<input type="checkbox"/>	該当
	留意事項の伝達又は技術的指導の会議を定期的実施	<input type="checkbox"/>	該当
認知症専門ケア加算Ⅱ	利用者総数のうち、日常生活に支障をきたす症状又は行動があるため介護を必要とする認知症者(日常生活自立度Ⅲ以上の者)である対象者の割合が5割以上	<input type="checkbox"/>	該当
	対象者の数が20人未満で専門的な研修修了者が1人以上、対象者が20人以上の場合は、1に対象者が19を超えて10又は端数を増すごとに1人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	<input type="checkbox"/>	該当
	留意事項の伝達又は技術的指導の会議を定期的実施	<input type="checkbox"/>	該当
	専門的な研修修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等を実施	<input type="checkbox"/>	該当
	介護職員、看護職員ごとの認知症ケアに関する研修計画の作成及び研修の実施	<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Ⅰ	介護職員の総数のうち介護福祉士の数5割以上	<input type="checkbox"/> 該当	
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	
サービス提供体制強化 加算Ⅱ	看護・介護職員の総数のうち常勤職員の数7割5分以上	<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	直接処遇職員の総数のうち勤続3年以上の者3割以上及び 記録あり	<input type="checkbox"/> 該当	
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	