

事業所名:

作成日:

加算等自己点検シート（介護老人保健施設）

点検項目	点検事項	点検結果	点検書類等
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	身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の入所者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録	<input type="checkbox"/> 未実施	
	身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を 3 月に 1 回以上開催するとともに、その結果について、介護職員その他の従業者に周知徹底を図る	<input type="checkbox"/> 未実施	
	身体的拘束等の適正化のための指針を整備	<input type="checkbox"/> 未実施	
	介護職員その他の従業者に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的（年 2 回以上）に実施	<input type="checkbox"/> 未実施	
安全管理未実施減算	事故発生の防止のための指針を整備	<input type="checkbox"/> 未実施	
	事故が発生した場合又はそれに至る危険性がある事態が生じた場合に、当該事実が報告され、その分析を通じた改善策を従業者に周知徹底する体制を整備	<input type="checkbox"/> 未実施	
	事故発生の防止のための委員会及び従業者に対する研修を定期的に行う（年 2 回以上）	<input type="checkbox"/> 未実施	
	事故発生防止等の措置を適切に実施するための担当者を置く	<input type="checkbox"/> 非配置	
	虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果について、介護職員その他の従業者に周知徹底を図る	<input type="checkbox"/> 未実施	

点検項目	点検事項	点検結果	点検書類等
高齢者虐待防止措置未実施減算	虐待の防止のための指針を整備する	<input type="checkbox"/> 未実施	
	介護職員その他の従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的（年２回以上）に実施する	<input type="checkbox"/> 未実施	
	高齢者虐待防止措置を適切に実施するための担当者を置く	<input type="checkbox"/> 非配置	
業務継続計画未策定減算	業務継続計画を策定	<input type="checkbox"/> 未実施	
	当該業務継続計画に従い必要な措置を講じている	<input type="checkbox"/> 未実施	
栄養管理について基準を満たさない場合の減算	栄養士又は管理栄養士を１名以上配置	<input type="checkbox"/> 未配置	
	管理栄養士が入所者の栄養状態に応じて、計画的に栄養管理を行っていない	<input type="checkbox"/> 満たさない	
夜勤職員配置加算	入所者数等の数が41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20又はその端数をますごとに１以上配置 入所者数等の数が40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20又はその端数をますごとに１以上配置	<input type="checkbox"/> 該当	
室料相当額控除	算定日が属する計画期間の前の計画期間（算定日が計画期間の開始後４月以内の日である場合は、前の計画期間の前の計画期間）の最終年度（令和７年８月から令和９年７月までの間は令和６年度）において、介護保健施設サービス費（Ⅱ）、介護保健施設サービス費（Ⅲ）または介護保健施設サービス費（Ⅳ）を算定した月が、介護保健施設サービス費（Ⅰ）を算定した月より多い。	<input type="checkbox"/> 該当している	
	介護老人保健施設の療養室に係る床面積の合計を入所定員で除した数が８以上である。	<input type="checkbox"/> 適合している	平面図等
	療養室に係る床面積の合計は、内法により測定している。	<input type="checkbox"/> している	平面図等
	入所(起算)日より３月以内に実施	<input type="checkbox"/> ３月以内	

点検項目	点検事項	点検結果	点検書類等
短期集中リハビリテーション 実施加算（Ⅰ）	実施日	<input type="checkbox"/> 概ね週に3回以上	
	過去3月以内に介護老人保健施設に入所していない	<input type="checkbox"/> していない	
	入所時及び1月に1回以上ADL等の評価を行うとともに、その評価結果等の情報を厚生労働省に提出し、必要に応じてリハビリテーション計画を見直している	<input type="checkbox"/> 実施	
短期集中リハビリテーション 実施加算（Ⅱ）	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月以内に介護老人保健施設に入所していない	<input type="checkbox"/> していない	
認知症短期集中リハビリテーション 実施加算（Ⅰ）	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月以内に当該加算を算定していない	<input type="checkbox"/> していない	
	入所者の退所後に生活することが想定される居宅又は社会福祉施設等を訪問し、当該訪問により把握した生活環境を踏まえ、リハビリテーション計画を作成している	<input type="checkbox"/> 実施	
	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	

点検項目	点検事項	点検結果	点検書類等
認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅱ）	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月以内に当該加算を算定していない	<input type="checkbox"/> していない	
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、M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	
若年性認知症入所者受入加算	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	点検書類等
外泊時費用（在宅サービスを利用する場合）	試行的に居宅に退所させた場合	<input type="checkbox"/> 6日以下	
	居宅サービスを提供	<input type="checkbox"/> あり	
外泊時費用	外泊をした場合	<input type="checkbox"/> 6日以下	
	短期入所療養介護のベッドへの活用の有無	<input type="checkbox"/> なし	
ターミナルケア加算	医師が医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断	<input type="checkbox"/> 該当	
	入所者又はその家族等の同意を得てターミナルケアに係る計画が作成されている	<input type="checkbox"/> 該当	
	医師、看護師、介護職員、支援相談員、管理栄養士等が共同して入所者の状態又は家族の求め等に応じ随時、本人又は家族への説明を行い同意を得ている	<input type="checkbox"/> 該当	
	ターミナルケアを直接行っている	<input type="checkbox"/> 該当	
	入所していない月の自己負担がある場合、入所者側に文書にて同意を得ている	<input type="checkbox"/> 該当	
	退所後も入所者の家族指導等を行っている	<input type="checkbox"/> 該当	
	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多床室の算定をする	<input type="checkbox"/> 該当	
	退所した日の翌日から死亡日までの間は算定していない	<input type="checkbox"/> 該当	
	介護保健施設サービス費（Ⅰ）、介護保健施設サービス費（Ⅳ）、ユニット型介護保健施設サービス費（Ⅰ）若しくはユニット型介護保健施設サービス費（Ⅳ）	<input type="checkbox"/> 該当	
	（１）死亡日以前31日以上45日以下	<input type="checkbox"/> 1日72単位	
	（２）死亡日以前4日以上30日以内	<input type="checkbox"/> 1日160単位	
	（３）死亡日の前日及び前々日	<input type="checkbox"/> 1日910単位	
	（４）死亡日	<input type="checkbox"/> 1日1,900単位	

点検項目	点検事項	点検結果	点検書類等
	介護保健施設サービス費(Ⅱ)、介護保健施設サービス費(Ⅲ)、ユニット型介護保健施設サービス費(Ⅱ)若しくはユニット型介護保健施設サービス費(Ⅲ)	<input type="checkbox"/> 該当	
	(1) 死亡日以前31日以上45日以下	<input type="checkbox"/> 1日80単位	
	(2) 死亡日以前4日以上30日以内	<input type="checkbox"/> 1日160単位	
	(3) 死亡日の前日及び前々日	<input type="checkbox"/> 1日850単位	
	(4) 死亡日	<input type="checkbox"/> 1日1,700単位	
特別療養費	指導管理等のうち日常的に必要な医療行為として実施	<input type="checkbox"/> あり	
療養体制維持特別加算(Ⅰ)	転換を行う直前において、療養型介護療養施設サービス費(Ⅰ)、療養型経過型介護療養施設サービス費、ユニット型療養型介護療養施設サービス費、ユニット型療養型経過型介護療養施設サービス費、認知症疾患型介護療養施設サービス費(Ⅱ)又はユニット型認知症疾患型介護療養施設サービス費(Ⅱ)を算定する指定介護療養型医療施設を有する病院であった介護老人保健施設又は療養病床を有する病院(診療報酬の算定方法の別表第一医科診療報酬点数表に規定する療養病棟入院基本料1の施設基準に適合しているものとして当該病院が地方厚生局長等に届け出た病棟、基本診療料の施設基準等の一部を改正する件による改正前の基本診療料の施設基準等第五の三(2)イ②に規定する20対1配置病棟又は新基本診療料の施設基準等による廃止前の基本診療料の施設基準等第五の三(2)ロ①2に規定する20対1配置病棟を有するものに限り。)であった介護老人保健施設	<input type="checkbox"/> 該当	
	介護職員の数が常勤換算方法で、指定短期入所療養介護の利用者の数及び介護老人保健施設の入所者の合計数が4又はその端数を増すごとに1以上	<input type="checkbox"/> 配置	
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> あり	
	算定日が属する月の前3月間における入所者等のうち、喀痰(かくたん)吸引又は経管栄養が実施された者の占める割合が100分の20以上であること。	<input type="checkbox"/> 該当	

点検項目	点検事項	点検結果	点検書類等
療養体制維持特別加算(Ⅱ)	算定日が属する月の前3月間における入所者等のうち、著しい精神症状、周辺症状又は重篤な身体疾患又は日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られ、専門医療を必要とする認知症高齢者の占める割合が100分の50以上であること。	<input type="checkbox"/> 該当	
在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅰ)	在宅復帰指標率が40以上	<input type="checkbox"/> 該当	
	地域貢献活動	<input type="checkbox"/> 該当	
	介護老人保健施設短期入所療養介護費(Ⅰ)の介護老人保健施設短期入所療養介護費(i)若しくは(iii)又はユニット型介護老人保健施設短期入所療養介護費(Ⅰ)のユニット型介護老人保健施設短期入所療養介護費(i)若しくは経過的ユニット型介護保健施設サービス費(i)を算定しているものであること。	<input type="checkbox"/> 該当	
在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅱ)	在宅復帰指標率が70以上	<input type="checkbox"/> 該当	
	介護老人保健施設短期入所療養介護費(Ⅰ)の介護老人保健施設短期入所療養介護費(ii)若しくは(iv)又はユニット型介護老人保健施設短期入所療養介護費(Ⅰ)のユニット型介護老人保健施設短期入所療養介護費(ii)若しくは経過的ユニット型介護保健施設サービス費(ii)を算定しているものであること。	<input type="checkbox"/> 該当	
初期加算(Ⅰ)	入所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	
	医療機関の入院日から起算して30日以内に退院した者の受入	<input type="checkbox"/> 該当	
	空床情報を地域の医療機関又は急性期医療を担う複数医療機関の入退院支援部門に対して定期的(概ね月に2回以上)に情報共有している	<input type="checkbox"/> 該当	
	入所した日から起算して30日以内	<input type="checkbox"/> 該当	

点検項目	点検事項	点検結果	点検書類等
初期加算（Ⅱ）	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、Ⅴの場合は１月以内）	<input type="checkbox"/> なし	
退所時栄養情報連携加算	特別食を必要とする入所者又は低栄養状態にあると医師が判断した入所者の退所	<input type="checkbox"/> 該当	
	入所者の同意を得て、管理栄養士が当該入所者の栄養管理に関する情報を提供している	<input type="checkbox"/> 該当	
	栄養マネジメント強化加算を算定していない	<input type="checkbox"/> 該当	
再入所時栄養連携加算	介護老人保健施設に入所していた者が、医療機関に入院し、当該者について、医師が別に厚生労働大臣が定める特別食又は嚥下調整食を提供する必要性を認めた場合であって、退院した後、直ちに介護老人保健施設に入所した場合	<input type="checkbox"/> 該当	
	介護老人保健施設の管理栄養士が入院する医療機関を訪問の上、当該医療機関での栄養に関する指導又はカンファレンスに同席（テレビ電話装置等の活用可）し、医療機関の管理栄養士と連携して２次入所後の栄養計画を作成する	<input type="checkbox"/> 満たす	
	栄養ケア計画について家族の同意が得られている	<input type="checkbox"/> 満たす	
入所前後訪問指導加算（Ⅰ） （介護保健施設サービス費（Ⅰ）及びユニット型介護保健施設サービス費（Ⅰ））	入所期間が１月を超えると見込まれる者の入所予定日前30日以内又は入所後７日以内に当該者が退所後生活する居宅への訪問	<input type="checkbox"/> あり	
	退所を目的とした施設サービス計画の策定及び診療方針の決定	<input type="checkbox"/> あり	
入所前後訪問指導加算（Ⅱ） （介護保健施設サービス費（Ⅰ）及びユニット型介護保健施設サービス費（Ⅰ））	入所期間が１月を超えると見込まれる者の入所予定日前30日以内又は入所後７日以内に当該者が退所後生活する居宅への訪問	<input type="checkbox"/> あり	
	退所後の生活に係る支援計画を作成	<input type="checkbox"/> あり	
	退所を目的とした施設サービス計画の策定及び診療方針の決定	<input type="checkbox"/> あり	

点検項目	点検事項	点検結果	点検書類等
試行的退所指導加算	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	
	試行的退所時指導は、入所者及びその家族等のいずれにも行う	<input type="checkbox"/> 満たす	
	指導日、指導内容の記録の整備	<input type="checkbox"/> 満たす	診療録等
退所時情報提供加算（Ⅰ）	入所者が退所し、その居宅において療養を継続する場合、又は、入所者が退所後にその居宅でなく、他の社会福祉施設等に入所する場合	<input type="checkbox"/> 満たす	
	本人の同意を得て主治の医師に対し、診療状況、心身の状況、生活歴等の情報を提供した上で、紹介を行う	<input type="checkbox"/> 実施	
	別紙様式2及び別紙様式13の文書に必要な事項を記載の上、入所者又は主治の医師に交付するとともに、交付した文書の写しを診療録に添付している。また、当該文書に入所者の諸検査の結果、薬歴、退所後の治療計画等を示す書類を添付している	<input type="checkbox"/> 実施	
	入所者が退所し、医療機関に入院する場合	<input type="checkbox"/> 満たす	

点検項目	点検事項	点検結果	点検書類等
退所時情報提供加算（Ⅱ）	本人の同意を得て入院する医療機関に対し、心身の状況、生活歴等の情報を提供した上で、紹介を行う	<input type="checkbox"/> 実施	
	別紙様式13の文書に必要な事項を記載の上、当該医療機関に交付するとともに、交付した文書の写しを診療録に添付している	<input type="checkbox"/> 実施	
入退所前連携加算（Ⅰ）	入所期間が1月以上	<input type="checkbox"/> 満たす	
	入所予定日前30日以内又は入所後30日以内に居宅介護支援事業者と連携し、利用者の同意を得て利用方針を定める	<input type="checkbox"/> 満たす	
	退所に先だって居宅介護支援事業者に対し、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
入退所前連携加算（Ⅱ）	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	指導記録等
訪問看護指示加算	施設の医師が診療に基づき指定訪問看護、指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護（訪問看護サービスを行う場合に限る。）又は指定複合型サービス（看護サービスを行う場合に限る。）が必要であると認めた場合	<input type="checkbox"/> 満たす	
	本人の同意を得て訪問看護指示書を交付	<input type="checkbox"/> 交付	訪問看護指示書（様式あり）
	指示書の写しの診療録添付の有無	<input type="checkbox"/> あり	診療録等
	入所者の病歴等の情報共有や急変時等における対応の確認等を行う会議を定期的（概ね月に1回以上※情報が随時確認できる体制の場合は年に3回以上）に開催	<input type="checkbox"/> 実施	

点検項目	点検事項	点検結果	点検書類等
協力医療機関連携加算（１）	協力医療機関が ①入所者等の病状が急変した場合等において、医師又は看護職員が相談対応を行う体制を常時確保している	<input type="checkbox"/> 該当	
	協力医療機関が ② 介護老人保健施設からの診療の求めがあった場合において、診療を行う体制を常時確保している	<input type="checkbox"/> 該当	
	協力医療機関が ③ 入所者等の病状が急変した場合等において、入院を要すると認められた入所者等の入院を原則として受け入れる体制を確保している	<input type="checkbox"/> 該当	
	介護老人保健施設基準第30条第2項に規定する届出として当該要件を満たす医療機関の情報を盛岡市に届け出ている。（１年に１回以上）	<input type="checkbox"/> あり	
協力医療機関連携加算（２）	入所者の病歴等の情報共有や急変時等における対応の確認等を行う会議を定期的（概ね月に１回以上※情報が随時確認できる体制の場合は年に３回以上）に開催	<input type="checkbox"/> 実施	
	介護老人保健施設基準第30条第2項に規定する届出として当医療機関の情報を盛岡市に届け出ている。（１年に１回以上）	<input type="checkbox"/> あり	
栄養マネジメント強化加算	管理栄養士を常勤換算方式で、入所者の数を50で除した数以上配置。ただし、常勤の栄養士を1名以上配置し、当該栄養士が給食管理行っている場合は、管理栄養士を常勤換算方式で入所者の数を70で除した数以上配置	<input type="checkbox"/> 配置	
	低栄養状態のリスクが中リスク及び高リスクに該当する入所者に対して、以下の対応を行う		
	イ. 栄養ケア計画に低栄養状態の改善を行うための栄養管理方法や食事の観察の際に特に確認すべき点等を示す	<input type="checkbox"/> 示している	
	ロ. 食事の観察を週３回以上実施	<input type="checkbox"/> 実施	
	ハ. 食事の観察の際に、問題が見られた場合、速やかに関連職種と情報共有し、必要に応じて栄養ケア計画を見直し、見直し後の計画に基づき、対応	<input type="checkbox"/> あり	
	ニ. 居宅での生活に移行する場合は、入所者又はその家族に対し、管理栄養士が退所後の食事に関する相談支援を行う	<input type="checkbox"/> あり	

（自己点検シート）

点検項目	点検事項	点検結果	点検書類等
	ホ. 医療機関に入院する場合は、入所者の栄養管理に関する情報を入院先へ提供	<input type="checkbox"/> あり	
	低栄養状態のリスクが低リスクに該当する入所者に対して、以下の対応を行う		
	イ. 低栄養状態のリスクが高リスク又は中リスクに該当する入所者の食事の観察を実施する際に、合わせて食事の状況を把握	<input type="checkbox"/> あり	
	ロ. 問題が見られた場合、速やかに関連職種と情報共有し、必要に応じて栄養ケア計画を見直し、見直し後の計画に基づき、対応	<input type="checkbox"/> あり	
	入所者ごとの栄養状態等の情報を厚生労働省に提出	<input type="checkbox"/> あり	
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> あり	
経口移行加算	栄養管理について基準を満たさない場合の減算	<input type="checkbox"/> 算定していない	
	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	経口移行計画（参考様式）
	計画を入所者又は家族に説明し、同意を得る	<input type="checkbox"/> あり	
	計画に基づく栄養管理の実施	<input type="checkbox"/> 実施	
	計画作成日から起算して180日以内	<input type="checkbox"/> 180日以内	
	180日を超える場合の医師の指示の有無	<input type="checkbox"/> あり	
	180日を超えて算定する場合の定期的な医師の指示	<input type="checkbox"/> 2週間毎に実施	
	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	点検書類等
経口維持加算Ⅰ	摂食機能障害を有し誤嚥が認められ経口による食事摂取のための管理が必要と医師又は歯科医師の指示を受けている	<input type="checkbox"/> 受けている	
	誤嚥等が発生した場合の管理体制が整備されている	<input type="checkbox"/> されている	
	食形態の配慮等誤嚥防止のための適切な配慮の有無	<input type="checkbox"/> あり	
	医師、歯科医師等多職種協働で経口維持計画の作成をし、必要に応じて見直しを実施	<input type="checkbox"/> あり	経口維持計画（参考様式）
	計画を入所者又は家族に説明し、同意を得る	<input type="checkbox"/> あり	
	計画に基づく栄養管理の実施	<input type="checkbox"/> 実施	
	栄養管理について、別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合の減算	<input type="checkbox"/> 非該当	
	経口移行加算を算定していない	<input type="checkbox"/> 該当	
経口維持加算Ⅱ	協力歯科医療機関を定めている	<input type="checkbox"/> 定めている	
	経口維持加算Ⅰを算定している	<input type="checkbox"/> 算定している	
	食事の観察及び会議等に、医師（介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準第2条第1項に規定する医師を除く。）、歯科医師、歯科衛生士又は言語聴覚士が参加している	<input type="checkbox"/> 参加している	
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> あり	
	歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士の技術的助言及び指導に基づき、入所者の口腔衛生等の管理に係る計画を作成	<input type="checkbox"/> 該当	
	歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、入所者に対して口腔衛生の管理を実施している	<input type="checkbox"/> 月2回以上	

点検項目	点検事項	点検結果	点検書類等
口腔衛生管理加算（Ⅰ）	サービス実施月において医療保険による訪問歯科衛生指導の実施の有無を入所者又は家族等に確認している	<input type="checkbox"/> 該当	
	当該サービスについて説明し、サービス提供に関する同意を得ている	<input type="checkbox"/> 該当	
	口腔衛生管理に関する実施記録を作成し保管するとともに、必要に応じてその写しを入所者にも提供	<input type="checkbox"/> 該当	実施記録
	口腔衛生管理加算（Ⅱ）が算定されていない	<input type="checkbox"/> 該当	
口腔衛生管理加算（Ⅱ）	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> あり	
	歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士の技術的助言及び指導に基づき、入所者の口腔衛生等の管理に係る計画を作成	<input type="checkbox"/> 該当	
	歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、入所者に対して口腔衛生の管理を実施している	<input type="checkbox"/> 月2回以上	
	サービス実施月において医療保険による訪問歯科衛生指導の実施の有無を入所者又は家族等に確認している	<input type="checkbox"/> 該当	
	当該サービスについて説明し、サービス提供に関する同意を得ている	<input type="checkbox"/> 該当	
	口腔衛生管理に関する実施記録を作成し保管するとともに、必要に応じてその写しを入所者にも提供	<input type="checkbox"/> 該当	実施記録
	口腔衛生等の管理に係る情報を厚生労働省(LIFE)に提出し、LIFEへの提出情報及びフィードバック情報を活用し、入所者の状態に応じた口腔衛生の管理の内容の決定(Plan)、当該計画に基づく支援の提供(Do)、当該支援内容の評価(Check)、その評価結果を踏まえた当該支援内容の見直し・改善(Action)の一連のサイクル(PDCAサイクル)により、サービスの質の管理を行う	<input type="checkbox"/> 該当	
	口腔衛生管理加算（Ⅰ）が算定されていない	<input type="checkbox"/> 該当	

点検項目	点検事項	点検結果	点検書類等
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、脾臓病食、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（介護保健施設サービス費（Ⅱ）若しくは（Ⅲ）又はユニット型介護保健施設サービス費（Ⅱ）若しくは（Ⅲ））	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3割超	<input type="checkbox"/> 該当	
	退院日から30日以内に居宅を訪問すること又は指定居宅介護支援事業者から情報提供を受けることにより、在宅生活が1月以上継続することの確認、記録の実施	<input type="checkbox"/> あり	
	入所者の家族との連絡調整の実施	<input type="checkbox"/> あり	
	入所者が希望する居宅介護支援事業者に対し、必要な情報提供、退所後の利用サービス調整の実施	<input type="checkbox"/> あり	介護状況を示す文書
	算定根拠等の関係書類の整備の有無	<input type="checkbox"/> あり	
かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅰ）イ	医師又は薬剤師が高齢者の薬物療法に関する研修を受講している	<input type="checkbox"/> あり	
	入所後1月以内に、状況に応じて処方の内容を変更する可能性があることについて主治の医師に説明し、当該主治の医師が合意している	<input type="checkbox"/> あり	
	入所前に当該入所者に6種類以上の内服薬が処方されており、介護老人保健施設の医師と当該入所者の主治の医師が共同し、入所中に当該処方の内容を総合的に評価及び調整し、かつ、療養上必要な指導を行っている	<input type="checkbox"/> 該当	

点検項目	点検事項	点検結果	点検書類等
	入所中に当該入所者の処方内容に変更があった場合は、医師、薬剤師、看護師等の関係職種間で情報共有を行い、変更後の入所者の状態等について、関係職種間で確認している	<input type="checkbox"/> 該当	
	入所時と退所時の処方内容に変更がある場合は、退所時又は退所後一月以内に当該入所者の主治の医師に情報提供を行い、その内容を診療録に記載	<input type="checkbox"/> あり	診療録に記載
かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅰ）ロ	医師又は薬剤師が高齢者の薬物療法に関する研修を受講している	<input type="checkbox"/> あり	
	入所中に当該入所者の処方内容に変更があった場合は、医師、薬剤師、看護師等の関係職種間で情報共有を行い、変更後の入所者の状態等について、関係職種間で確認している	<input type="checkbox"/> 該当	
	入所中に服用薬剤の総合的な評価を行い、評価の内容及び入所時と退所時の処方内容に変更がある場合は、退所時又は退所後一月以内に当該入所者の主治の医師に情報提供を行い、その内容を診療録に記載	<input type="checkbox"/> あり	診療録に記載
	入所前に6種類以上の内服薬が処方されていた入所者について、介護老人保健施設において、入所中に服用薬剤の総合的な評価及び調整を行い、かつ、療養上必要な指導を行うこと。	<input type="checkbox"/> あり	
かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅱ）	かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅰ）イ又はロを算定している	<input type="checkbox"/> 算定している	
	入所期間が3月以上であると見込まれる入所者である	<input type="checkbox"/> あり	
	当該入所者の服薬情報等の情報を厚生労働省に提出し、情報を活用	<input type="checkbox"/> あり	
	かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅱ）を算定している	<input type="checkbox"/> 算定している	

点検項目	点検事項	点検結果	点検書類等
かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅲ）	当該入所者に6種類以上の内服薬が処方されており、介護老人保健施設の医師と当該入所者の主治の医師が共同し、入所中に処方の内容を総合的に評価及び調整し、介護老人保健施設の医師が、当該入所者に処方する内服薬について、入所時に処方されていた内服薬の種類に比べて1種類以上減少させる	<input type="checkbox"/> あり	
	退所時において処方されている内服薬の種類が、入所時に処方されていた内服薬の種類に比べて1種類以上減少している	<input type="checkbox"/> あり	
	合意した内容や調整の要点を診療録に記載	<input type="checkbox"/> あり	診療録に記載
緊急時治療管理	診療録に記載する	<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	
特定治療	診療報酬の算定方法（平成20年厚生労働省告示第59号）別表第1医科診療報酬点数表第1章及び第2章において、高齢者の医療の確保に関する法律第64条第3項に規定する保険医療機関等が行った場合に点数が算定されるリハビリテーション、処置、手術、麻酔又は放射線治療を実施	<input type="checkbox"/> あり	
所定疾患施設療養費（Ⅰ）	肺炎の者、尿路感染症の者、带状疱疹の者、蜂窩織炎の者若しくは慢性心不全が増悪した者がいる	<input type="checkbox"/> あり（1回に連続する7日を限度（月1回））	
	診断、診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置等の内容等を診療録に記載。近隣の医療機関と連携した場合も同様	<input type="checkbox"/> あり（1回に連続する7日を限度（月1回））	診療録に記載
	治療の実施状況の公表	<input type="checkbox"/> あり	
所定疾患施設療養費（Ⅱ）	肺炎の者、尿路感染症の者、带状疱疹の者、蜂窩織炎の者若しくは慢性心不全が増悪した者がいる	<input type="checkbox"/> あり（1回に連続する10日を限度（月1回））	
	診断、診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置等の内容等を診療録に記載。近隣の医療機関と連携した場合も同様	<input type="checkbox"/> あり（1回に連続する10日を限度（月1回））	診療録に記載

点検項目	点検事項	点検結果	点検書類等
	治療の実施状況の公表	<input type="checkbox"/> あり	
	感染症の研修	<input type="checkbox"/> あり	
	十分な経験を有する医師	<input type="checkbox"/> あり	
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、施設における対象者が20人以上の場合は、1に当該対象者が19名を超えて10又はその端数を増すごとに1を加えた人数を配置し、チームとしての専門的な認知症ケアの実施	<input type="checkbox"/> 該当	
	留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議を定期的実施	<input type="checkbox"/> 該当	
	認知症専門ケア加算（Ⅱ）・認知症チームケア推進加算を算定していない	<input type="checkbox"/> 該当	
認知症専門ケア加算Ⅱ	入所者総数のうち介護を必要とする認知症者の対象者（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、施設における対象者が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	

点検項目	点検事項	点検結果	点検書類等
	認知症専門ケア加算（Ⅰ）・認知症チームケア推進加算を算定していない	<input type="checkbox"/> 該当	
認知症チームケア推進加算（Ⅰ）	入所者の総数のうち、周囲の者による日常生活に対する注意を必要とする認知症の者（日常生活自立度ランクⅡ以上の者である）の占める割合が５割以上であること。	<input type="checkbox"/> 該当	
	「認知症介護指導者養成研修」を修了し、かつ、「認知症チームケア推進研修」を修了した者を１名以上配置し、複数人の介護職員から成る認知症の行動・心理症状に対応するチームを組んでいる	<input type="checkbox"/> 該当	
	個別に認知症の行動・心理症状の評価を計画的に行い、その評価に基づく値を測定し、認知症の行動・心理症状の予防等に資するチームケアを実施	<input type="checkbox"/> 実施	
	認知症の行動・心理症状の予防等に資する認知症ケアについて、カンファレンスの開催、計画の作成、認知症の行動・心理症状の有無及び程度についての定期的な評価、ケアの振り返り、計画の見直し等を行っている	<input type="checkbox"/> 実施	
	認知症チームケア推進加算（Ⅱ）・認知症専門ケア加算を算定していない	<input type="checkbox"/> 該当	
認知症チームケア推進加算（Ⅱ）	入所者の総数のうち、周囲の者による日常生活に対する注意を必要とする認知症の者（日常生活自立度ランクⅡ以上の者である）の占める割合が５割以上であること。	<input type="checkbox"/> 該当	
	「認知症介護実践リーダー研修」を修了し、かつ、「認知症チームケア推進研修」修了した者を１名以上配置し、複数人の介護職員から成る認知症の行動・心理症状に対応するチームを組んでいる	<input type="checkbox"/> 該当	
	個別に認知症の行動・心理症状の評価を計画的に行い、その評価に基づく値を測定し、認知症の行動・心理症状の予防等に資するチームケアを実施	<input type="checkbox"/> 実施	
	認知症の行動・心理症状の予防等に資する認知症ケアについて、カンファレンスの開催、計画の作成、認知症の行動・心理症状の有無及び程度についての定期的な評価、ケアの振り返り、計画の見直し等を行っている	<input type="checkbox"/> 実施	
	認知症チームケア推進加算（Ⅰ）・認知症専門ケア加算を算定していない	<input type="checkbox"/> 該当	
	利用者又は家族の同意	<input type="checkbox"/> あり	
	退所に向けた施設サービス計画の策定	<input type="checkbox"/> あり	

（自己点検シート）

点検項目	点検事項	点検結果	点検書類等
認知症行動・心理症状緊急対応加算	判断した医師名、日付及び利用開始に当たっての留意事項等の記録	<input type="checkbox"/> あり	
	入所者が入所前 1 月の間に当該施設に入所したことがない又は過去 1 月の間に当該加算を算定したことがない	<input type="checkbox"/> 該当	
リハビリテーションマネジメント計画書情報加算（Ⅰ）	入所者ごとのリハビリテーション実施計画書の内容等の情報を厚生労働省に提出	<input type="checkbox"/> あり	
	必要に応じてリハビリテーション実施計画の内容を見直す等、リハビリテーションの実施に当たって、必要な情報を活用	<input type="checkbox"/> あり	
	口腔衛生管理加算（Ⅱ）及び栄養マネジメント強化加算を算定していること	<input type="checkbox"/> 該当	
	入所者ごとに関係職種が、リハビリテーション計画の内容等の情報その他リハビリテーションの適切かつ有効な実施のために必要な情報、入所者の口腔の健康状態に関する情報及び入所者の栄養状態に関する情報を相互に共有している	<input type="checkbox"/> 該当	
	共有した情報を踏まえ、必要に応じてリハビリテーション計画の見直しを行い、当該見直しの内容について、関係職種の間で共有していること。	<input type="checkbox"/> 該当	
リハビリテーションマネジメント計画書情報加算（Ⅱ）	入所者ごとのリハビリテーション実施計画書の内容等の情報を厚生労働省に提出	<input type="checkbox"/> あり	
	必要に応じてリハビリテーション実施計画の内容を見直す等、リハビリテーションの実施に当たって、必要な情報を活用	<input type="checkbox"/> あり	
	入所者ごとに、施設入所時に褥瘡の有無を確認するとともに、褥瘡の発生と関連のあるリスクについて、施設入所時に評価し、その後少なくとも 3 月に 1 回評価する	<input type="checkbox"/> あり	
	確認の結果、褥瘡が認められ、又は評価の結果、褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者ごとに、多職種で褥瘡ケア計画を作成	<input type="checkbox"/> あり	

点検項目	点検事項	点検結果	点検書類等
褥瘡マネジメント加算（Ⅰ）	褥瘡ケアについて記録	<input type="checkbox"/> あり	
	3ヶ月に1回計画を見直す	<input type="checkbox"/> あり	
	入所者又は家族に説明し、同意を得る	<input type="checkbox"/> あり	
	確認及び評価結果を厚生労働省に提出し、褥瘡管理の実施に当たって、必要な情報を活用	<input type="checkbox"/> あり	
褥瘡マネジメント加算（Ⅱ）	入所者ごとに、施設入所時に褥瘡の有無を確認するとともに、褥瘡の発生と関連のあるリスクについて、施設入所時に評価し、その後少なくとも3月に1回評価する	<input type="checkbox"/> あり	
	確認の結果、褥瘡が認められ、又は評価の結果、褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者ごとに、多職種で褥瘡ケア計画を作成	<input type="checkbox"/> あり	
	褥瘡ケアについて記録	<input type="checkbox"/> あり	
	3ヶ月に1回計画を見直す	<input type="checkbox"/> あり	
	入所者又は家族に説明し、同意を得る	<input type="checkbox"/> あり	
	確認及び評価結果を厚生労働省に提出し、褥瘡管理の実施に当たって、必要な情報を活用	<input type="checkbox"/> あり	
	確認の結果、褥瘡が治癒した又は、評価の結果、施設入所時又は利用開始時に褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者について、褥瘡の発生のない	<input type="checkbox"/> 該当	
	入所者ごとに、要介護状態の軽減の見込みについて、医師又は医師と連携した看護師が施設入所時に評価し、その後少なくとも3月に1回評価	<input type="checkbox"/> 実施	
	評価結果等の情報を厚生労働省に提出し、排せつ支援の実施に当たって、必要な情報を活用	<input type="checkbox"/> 実施	

点検項目	点検事項	点検結果	点検書類等
排せつ支援加算（Ⅰ）	評価の結果、排せつに介護を要する入所者であって、適切な対応を行うことにより、要介護状態の軽減が見込まれるものについて、医師、看護師、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、当該入所者が排せつに介護を要する原因を分析し、それに基づいた支援計画を作成し、当該支援計画に基づく支援を継続して実施	<input type="checkbox"/> 実施	
	評価に基づき、少なくとも3月に1回、入所者ごとに支援計画を見直す	<input type="checkbox"/> 実施	
	排せつ支援加算（Ⅱ）又は（Ⅲ）を算定していない	<input type="checkbox"/> 該当	
排せつ支援加算（Ⅱ）	入所者ごとに、要介護状態の軽減の見込みについて、医師又は医師と連携した看護師が施設入所時に評価し、その後少なくとも3月に1回評価	<input type="checkbox"/> 実施	
	評価結果等の情報を厚生労働省に提出し、排せつ支援の実施に当たって、当該情報その他排せつ支援の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用	<input type="checkbox"/> 実施	
	評価の結果、排せつに介護を要する入所者であって、適切な対応を行うことにより、要介護状態の軽減が見込まれるものについて、医師、看護師、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、当該入所者が排せつに介護を要する原因を分析し、それに基づいた支援計画を作成し、当該支援計画に基づく支援を継続して実施	<input type="checkbox"/> 実施	排せつの状態に関するスクリーニング・支援計画書
	評価に基づき、少なくとも3月に1回、入所者ごとに支援計画を見直す	<input type="checkbox"/> 実施	
	次の（１）～（３）のいずれかに適合		
	（１）評価の結果、施設入所時と比較して、排尿又は排便の状態の少なくとも一方が改善するとともにいずれにも悪化がない	<input type="checkbox"/> 該当	
	（２）評価の結果、施設入所時におむつを使用していた者について、おむつを使用しなくなった	<input type="checkbox"/> 該当	
	（３）施設入所時に尿道カテーテルが留置されていた者であって要介護状態の軽減が見込まれるものについて、尿道カテーテルが抜去されたこと	<input type="checkbox"/> 該当	

点検項目	点検事項	点検結果	点検書類等
	排せつ支援加算（Ⅰ）又は（Ⅲ）を算定していない	<input type="checkbox"/> 該当	
排せつ支援加算（Ⅲ）	入所者ごとに、要介護状態の軽減の見込みについて、医師又は医師と連携した看護師が施設入所時に評価し、その後少なくとも3月に1回評価	<input type="checkbox"/> 実施	
	評価結果等の情報を厚生労働省に提出し、排せつ支援の実施に当たって、当該情報その他排せつ支援の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用	<input type="checkbox"/> 実施	
	評価の結果、排せつに介護を要する入所者であって、適切な対応を行うことにより、要介護状態の軽減が見込まれるものについて、医師、看護師、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、当該入所者が排せつに介護を要する原因を分析し、それに基づいた支援計画を作成し、当該支援計画に基づく支援を継続して実施	<input type="checkbox"/> 実施	排せつの状態に関するスクリーニング・支援計画書
	評価に基づき、少なくとも3月に1回、入所者ごとに支援計画を見直す	<input type="checkbox"/> 実施	
	次の（１）、（２）のいずれにも適合		
	（１）評価の結果、施設入所時と比較して、排尿又は排便の状態の少なくとも一方が改善するとともにいずれにも悪化がない	<input type="checkbox"/> 該当	
	（２）評価の結果、施設入所時におむつを使用していた者について、おむつを使用しなくなった	<input type="checkbox"/> 該当	
	排せつ支援加算（Ⅰ）又は（Ⅱ）を算定していない	<input type="checkbox"/> 該当	
自立支援促進加算	医師が医学的評価を行い、少なくとも3月に1回医学的評価の見直しを実施	<input type="checkbox"/> あり	
	評価結果を厚生労働省に提出し、自立支援の促進に当たって、必要な情報を活用	<input type="checkbox"/> あり	
	自立支援の促進が必要であるとされた入所者ごとに多職種が共同して支援計画を策定	<input type="checkbox"/> あり	
	少なくとも3月に1回支援計画を見直す	<input type="checkbox"/> 該当	

点検項目	点検事項	点検結果	点検書類等
	医師が支援計画の策定等に参加	<input type="checkbox"/> あり	
科学的介護推進体制加算 (Ⅰ)	データ提出（ＡＤＬ値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の入所者の心身の状況等に係る基本的な情報）	<input type="checkbox"/> あり	
	必要に応じて施設サービス計画を見直し、サービスの提供に当たって必要な情報を活用	<input type="checkbox"/> あり	
科学的介護推進体制加算 (Ⅱ)	データ提出（ＡＤＬ値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の入所者の心身の状況等に係る基本的な情報、疾病、服薬の状況等の情報）	<input type="checkbox"/> あり	
	必要に応じて施設サービス計画を見直し、サービスの提供に当たって必要な情報を活用	<input type="checkbox"/> あり	
安全対策体制加算	施設基準第36条第1項に規定する基準に適合	<input type="checkbox"/> 適合	
	担当者が安全対策に係る外部の研修を受けている	<input type="checkbox"/> 受けている	
	安全管理部門を設置、安全対策を実施する体制が整備	<input type="checkbox"/> 該当	
高齢者施設等感染対策加算 (Ⅰ)	第二種協定指定医療機関との間で、新興感染症の発生時等の対応を行う体制を確保している	<input type="checkbox"/> 該当	
	協力医療機関等との間で、感染症（新興感染症を除く。）の発生時等の対応を取り決めるとともに、感染症の発生時等に、協力医療機関等と連携し適切に対応している	<input type="checkbox"/> 該当	
	感染対策向上加算又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関等が行う院内感染対策に関する研修又は訓練に1年に1回以上参加している	<input type="checkbox"/> 実施	
高齢者施設等感染対策加算 (Ⅱ)	感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関から、3年に1回以上、施設内で感染者が発生した場合の対応に係る実地指導を受けている	<input type="checkbox"/> 実施	
新興感染症当施設療養費 ※R6.4時点指定している感染症なし	1月に1回、連続する5日を限度	<input type="checkbox"/> 該当	
	入所者が別に厚生労働大臣が定める感染症に感染した場合に相談対応、診療、入院調整等を行う医療機関を確保している	<input type="checkbox"/> 該当	
	感染症に感染した入所者に対し、適切な感染対策を行った上で、介護保健施設サービスを行っている	<input type="checkbox"/> 該当	

点検項目	点検事項	点検結果	点検書類等
生産性向上推進体制加算 (I)	<p>利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会において、次に掲げる事項について、必要な検討を行い、及び当該事項の実施を定期的（3月に1回以上）に確認している。</p> <p>（1）介護機器を活用する場合における利用者の安全及びケアの質の確保</p> <p>（2）職員の負担の軽減及び勤務状況への配慮</p> <p>（3）介護機器の定期的な点検</p> <p>（4）業務の効率化及び質の向上並びに職員の負担軽減を図るための職員研修</p>	<input type="checkbox"/> 該当	
	<p>介護機器の活用による業務の効率化及びケアの質の確保並びに職員の負担軽減に関する、以下の調査の実施及び実績がある。</p> <p>（1）利用者の満足度等の評価</p> <p>（2）総業務時間及び当該時間に含まれる超過勤務時間の調査</p> <p>（3）年次有給休暇の取得状況の調査</p> <p>（4）介護職員の心理的負担等の評価</p> <p>（5）機器の導入等による業務時間の調査</p>	<input type="checkbox"/> 該当	別添1～4
	<p>以下の介護機器をすべて活用している。</p> <p>①見守り機器（全ての居室へ設置）</p> <p>②インカム等の機器（同一時間帯に勤務する全ての介護職員が使用）</p> <p>③ソフトやスマホ等の介護記録の作成の効率化に資する機器</p>	<input type="checkbox"/> 該当	
	<p>職員間の適切な役割分担による業務の効率化を図るために必要な職員研修等を定期的実施している。</p>	<input type="checkbox"/> 該当	
	<p>事業年度ごとに取組に関する実績を厚生労働省に報告している。</p>	<input type="checkbox"/> 該当	

点検項目	点検事項	点検結果	点検書類等
生産性向上推進体制加算 (Ⅱ)	<p>利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会において、次に掲げる事項について、必要な検討を行い、及び当該事項の実施を定期的（3月に1回以上）に確認している。</p> <p>（1）介護機器を活用する場合における利用者の安全及びケアの質の確保</p> <p>（2）職員の負担の軽減及び勤務状況への配慮</p> <p>（3）介護機器の定期的な点検</p> <p>（4）業務の効率化及び質の向上並びに職員の負担軽減を図るための職員研修</p>	<input type="checkbox"/> 該当	
	<p>介護機器の活用による業務の効率化及びケアの質の確保並びに職員の負担軽減に関する、以下の調査の実施及び実績がある。</p> <p>（1）利用者の満足度等の評価</p> <p>（2）総業務時間及び当該時間に含まれる超過勤務時間の調査</p> <p>（3）年次有給休暇の取得状況の調査</p>	<input type="checkbox"/> 該当	別添1～2
	<p>以下の介護機器をいずれか1つ以上活用していること。</p> <p>①見守り機器</p> <p>②インカム等の機器（同一時間帯に勤務する全ての介護職員が使用）</p> <p>③ソフトやスマホ等の介護記録の作成の効率化に資する機器</p>	<input type="checkbox"/> 該当	
	事業年度ごとに取組に関する実績を厚生労働省に報告している。	<input type="checkbox"/> 該当	
サービス提供体制強化加算 (Ⅰ)	次の（1）又は（2）に該当		
	（1）介護職員総数のうち介護福祉士の占める割合が100分の80以上	<input type="checkbox"/> 該当	
	（2）介護職員総数のうち、勤続年数が10以上の介護福祉士の割合が100分の35以上	<input type="checkbox"/> 該当	
	サービスの質の向上に資する取組を実施	<input type="checkbox"/> 該当	
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	

（自己点検シート）

点検項目	点検事項	点検結果	点検書類等
	サービス提供体制強化加算（Ⅱ）及び（Ⅲ）を算定していない	<input type="checkbox"/> 該当	
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	介護職員総数のうち介護福祉士の占める割合が100分の60以上	<input type="checkbox"/> 該当	
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	
	サービス提供体制強化加算（Ⅰ）及び（Ⅲ）を算定していない	<input type="checkbox"/> 該当	
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	次の（１）、（２）、（３）のいずれかに該当		
	（１）看護・介護職員の総数のうち介護福祉士の割合が100分の50以上	<input type="checkbox"/> 該当	
	（２）看護・介護職員の総数のうち常勤職員の割合が100分の75以上	<input type="checkbox"/> 該当	
	（３）利用者に直接サービスを提供する職員の総数のうち勤続年数7年以上の職員の割合が100分の30以上	<input type="checkbox"/> 該当	
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	
	サービス提供体制強化加算（Ⅰ）及び（Ⅱ）を算定していない	<input type="checkbox"/> 該当	