

# 自己点検シート＜加算等＞【（介護予防）認知症対応型共同生活介護】

①各点検項目のうち、記入日から数えて過去1年以内に算定実績のあるものについて、「算定」欄にチェックを入れてください。（□を■に塗りつぶすなど）  
②「算定」にチェックを入れたものについて、点検事項の内容を満たしている場合は「適」、満たしていない場合は「不適」にチェックを入れてください。（□を■に塗りつぶすなど）ただし、「必ず回答すること」となっている項目については、必ず回答してください。

★備考欄に記載されたものは、確認書類等の一例です。一般指導の場合は、その他に確認できる書類があれば、備考欄にその名称を記入し、調査当日に当該書類をご用意ください。

|         |                   |
|---------|-------------------|
| 記入年月日   | 令和    年    月    日 |
| 事業所名    |                   |
| 記入者名・役職 |                   |

| 点検項目                                     | 算定                       | 点検事項                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 点検結果                         |                                  | 備考                                                                                                                                                      |
|------------------------------------------|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 適                            | 不適                               |                                                                                                                                                         |
| (1)夜勤職員基準減算<br>夜勤職員数は基準どおりか<br>※必ず回答すること | —                        | 夜間及び深夜の時間帯に、介護従業者の数が共同生活住居ごとに1以上（宿直勤務を除く）                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> 該当  | <input type="checkbox"/> 非該当     | ※非該当の場合、ある月（暦月）において基準に満たない事態が2日以上連続して発生するか、4日以上発生した場合は翌月のすべての利用者等について減算                                                                                 |
| (2)定員超過利用減算<br>※必ず回答すること                 | —                        | 月平均の利用者数が運営規程に定められている入所定員を超えていない（やむを得ない理由による定員の超過を除く）                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 該当  | <input type="checkbox"/> 非該当     | ※非該当の場合、定員超過利用になった翌月から、定員超過利用が解消されるに至った月まで、すべての利用者等について減算                                                                                               |
| (3)人員基準欠如減算<br>※必ず回答すること                 | —                        | (介護従業者の人員)<br>①人員基準上必要とされる員数から1割を超えて減少した月がある<br>②人員基準上必要とされる員数から1割の範囲内で減少した月がある                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> 非該当 | <input type="checkbox"/> ①又は②に該当 | ※①が該当の場合、人員欠如開始月の翌月から人員基準欠如が解消されるに至った月まですべての利用者等について減算<br>②が該当の場合、人員欠如開始月の翌々月から人員基準欠如が解消されるに至った月まで、すべての利用者等について減算（ただし、②の場合については、翌月の末日において人員基準を満たす場合を除く） |
|                                          |                          | (計画作成担当者)<br>①計画作成担当者を配置している<br>②計画作成担当者が必要な研修を修了している<br>③介護支援専門員の資格がある計画作成担当者を配置している                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 該当  | <input type="checkbox"/> 非該当     | ※①～③が非該当の場合、人員欠如開始月の翌々月から人員基準欠如が解消されるに至った月まで、すべての利用者等について減算（ただし、翌月の末日において人員基準を満たす場合を除く）                                                                 |
| (4)身体拘束廃止未実施減算                           | <input type="checkbox"/> | 身体拘束等を行う場合には記録を行う                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> 該当  | <input type="checkbox"/> 未実施     | ※いずれか1つでも「未実施、未整備」の事実が生じた場合、速やかに改善計画を市町村長に提出した後、事実が生じた月から3月後に改善計画に基づく改善状況を市町村長に報告することとし、事実が生じた月の翌月から改善が認められた月までの間について、すべての利用者等について減算                    |
|                                          |                          | 身体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                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> 実施  | <input type="checkbox"/> 未実施     |                                                                                                                                                         |
|                                          |                          | 身体拘束等の適正化のための指針の整備                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> 整備  | <input type="checkbox"/> 未整備     |                                                                                                                                                         |
|                                          |                          | 身体拘束等の適正化のための定期的な研修の実施                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> 実施  | <input type="checkbox"/> 未実施     |                                                                                                                                                         |
| (5)高齢者虐待防止措置未実施減算                        | <input type="checkbox"/> | 虐待の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を定期的に開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図る。                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> 実施  | <input type="checkbox"/> 未実施     | ※いずれか1つでも「未実施、未整備」の事実が生じた場合、速やかに改善計画を市町村長に提出した後、事実が生じた月から3月後に改善計画に基づく改善状況を市町村長に報告することとし、事実が生じた月の翌月から改善が認められた月までの間について、すべての利用者等について減算                    |
|                                          |                          | 虐待の防止のための指針を整備している。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> 整備  | <input type="checkbox"/> 未整備     |                                                                                                                                                         |
|                                          |                          | 従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的に実施している。                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> 実施  | <input type="checkbox"/> 未実施     |                                                                                                                                                         |
|                                          |                          | 上記について適切に実施するための担当者を配置している。                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> 実施  | <input type="checkbox"/> 未実施     |                                                                                                                                                         |
| (6)業務継続計画未策定減算                           | <input type="checkbox"/> | 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対するサービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> 策定  | <input type="checkbox"/> 未策定     | ※いずれか1つでも「未実施、未策定」の事実が生じた場合、事実が生じた月の翌月から基準に満たない状況が解消されるに至った月までの間について、すべての利用者等について減算                                                                     |
|                                          |                          | 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"/> 実施  | <input type="checkbox"/> 未実施     |                                                                                                                                                         |
| (7-1)夜間支援体制加算（I）                         | <input type="checkbox"/> | 認知症対応型共同生活介護費（I）又は短期利用認知症対応型共同生活介護費（I）を算定している                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> 該当  | <input type="checkbox"/> 非該当     |                                                                                                                                                         |
|                                          |                          | ①又は②に該当している<br><br>①夜勤を行う介護従業者の数が厚生労働大臣が定める夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準（平成12厚生省告示第29号）第三号本文に規定する数に1（次のいずれにも適合する場合にあっては、0.9）を加えた数以上であること<br>・夜勤時間帯を通じて、利用者の動向を検知できる見守り機器を当該指定事業所の利用者の数の10分の1以上設置している<br>・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て、必要な検討等を行っている<br>②条例第110条第1項の規定により夜間及び深夜の時間帯を通じて置くべき数の介護従業者に加えて、宿直勤務に当たる者を1名以上配置している | <input type="checkbox"/> 該当  | <input type="checkbox"/> 非該当     |                                                                                                                                                         |
|                                          |                          | 定員、人員基準に適合                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> 該当  | <input type="checkbox"/> 非該当     |                                                                                                                                                         |

| 点検項目                 | 算定                       | 点検事項                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 点検結果                             |                                  | 備考 |
|----------------------|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----|
|                      |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 適                                | 不適                               |    |
| (7-2) 夜間支援体制加算（Ⅱ）    | <input type="checkbox"/> | 認知症対応型共同生活介護費（Ⅱ）又は短期利用認知症対応型共同生活介護費（Ⅱ）を算定している                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> 該当      | <input type="checkbox"/> 非該当     |    |
|                      |                          | ①又は②に該当している<br>①夜勤を行う介護従業者の数が厚生労働大臣が定める夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準（平成12厚生省告示第29号）第三号本文に規定する数に1（次のいずれにも適合する場合にあっては、0.9）を加えた数以上であること<br>・夜勤時間帯を通じて、利用者の動向を検知できる見守り機器を当該指定事業所の利用者の数の10分の1以上設置している<br>・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て、必要な検討等を行っている<br>②条例第110条第1項の規定により夜間及び深夜の時間帯を通じて置くべき数の介護従業者に加えて、宿直勤務に当たる者を1名以上配置している | <input type="checkbox"/> 該当      | <input type="checkbox"/> 非該当     |    |
|                      |                          | 定員、人員基準に適合                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> 該当      | <input type="checkbox"/> 非該当     |    |
| (8) 認知症行動・心理症状緊急対応加算 | <input type="checkbox"/> | 次に掲げる者が、直接、短期利用認知症対応型共同生活介護の利用を開始した場合に算定していないか<br>①病院又は診療所に入院中の者<br>②介護保険施設又は地域密着型介護老人福祉施設に入院中又は入所中の者<br>③認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、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、短期利用認知症対応型共同生活介護、短期利用特定施設入居者生活介護、地域密着型短期利用特定施設入居者生活介護を利用中の者                                                                                              | <input type="checkbox"/> 算定していない | <input type="checkbox"/> 算定している  |    |
|                      |                          | 定員、人員基準に適合                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> 該当      | <input type="checkbox"/> 非該当     |    |
|                      |                          | 利用者に「認知症の行動・心理症状」が認められ、医師が緊急に短期利用認知症対応型共同生活介護を利用することが必要と判断したのに対し、認知症対応型共同生活介護を行った場合                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> 該当      | <input type="checkbox"/> 非該当     |    |
|                      |                          | 介護支援専門員・受け入れ事業所の職員と連携し、利用者又は家族の同意を得ている                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> 該当      | <input type="checkbox"/> 非該当     |    |
|                      |                          | 医師が判断した当該日又はその次の日に利用を開始した場合に限り算定                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> 該当      | <input type="checkbox"/> 非該当     |    |
|                      |                          | 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を介護サービス計画書に記録                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> あり      | <input type="checkbox"/> なし      |    |
|                      |                          | 利用開始日から起算して7日以内に限り算定                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> 該当      | <input type="checkbox"/> 非該当     |    |
|                      |                          | 若年性認知症利用者受入加算を算定していないか                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> 算定していない | <input type="checkbox"/> 算定している  |    |
| (9) 若年性認知症利用者受入加算    | <input type="checkbox"/> | 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"/> 定めている   | <input type="checkbox"/> 定めていない  |    |
|                      |                          | 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      | <input type="checkbox"/> 実施していない |    |
|                      |                          | 認知症行動・心理症状緊急対応加算を算定していないか                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> 算定していない | <input type="checkbox"/> 算定している  |    |
| (10) 利用者の入院期間中の体制    |                          | 入院後3月以内に退院することが明らかに見込まれるか（利用者の入院先の病院又は診療所の当該主治医に確認する等の方法で判断）                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> 該当      | <input type="checkbox"/> 非該当     |    |
|                      |                          | 必要に応じ適切な便宜を提供（利用者及びその家族の同意の上での入退院の手続きや、その他の個々の状況に応じた便宜を図ることを指す）                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> 実施      | <input type="checkbox"/> 実施していない |    |
|                      |                          | 算定期間は1月に6日を限度（入院の期間の初日と最終日は含まない）※1回の入院で月をまたがる場合は、最大で12日分まで算定可能。                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> 該当      | <input type="checkbox"/> 非該当     |    |
|                      |                          | 当該利用者の居室を短期利用認知症対応型共同生活介護に活用                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> 該当      | <input type="checkbox"/> 非該当     |    |

| 点検項目         | 算定                       | 点検事項                                                                                                                                                | 点検結果                               |                                  | 備考 |
|--------------|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|----|
|              |                          |                                                                                                                                                     | 適                                  | 不適                               |    |
| (11) 看取り介護加算 | <input type="checkbox"/> | 医療連携体制加算を算定している                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> 算定している    | <input type="checkbox"/> 算定していない |    |
|              |                          | 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        | <input type="checkbox"/> なし      |    |
|              |                          | 管理者を中心として看護職員、介護職員、介護支援専門員等による協議の上「看取りに関する指針」を定めている（なお、看取りに関する指針に盛り込むべき内容を、重度化した場合における対応に係る指針に記載する場合は、その記載をもって看取りに関する指針の作成に代えることができる）               | <input type="checkbox"/> 該当        | <input type="checkbox"/> 非該当     |    |
|              |                          | 入居の際に、利用者又はその家族等に対して、看取りに関する指針の内容を説明し同意を得ている                                                                                                        | <input type="checkbox"/> 該当        | <input type="checkbox"/> 非該当     |    |
|              |                          | 医師、看護職員、介護職員、介護支援専門員等による協議の上、看取りの実績等を踏まえ、適宜、指針を見直している                                                                                               | <input type="checkbox"/> 実施        | <input type="checkbox"/> 実施していない |    |
|              |                          | 医師、看護職員、介護職員、介護支援専門員等が共同して、随時本人又はその家族に対して十分な説明を行い、療養及び介護に関する合意を得ながら、その人らしさを尊重した看取りができる体制を構築                                                         | <input type="checkbox"/> あり        | <input type="checkbox"/> なし      |    |
|              |                          | 医師、看護職員、介護支援専門員等が共同で作成した利用者の介護に係る計画について、医師等から説明をして、利用者又はその家族等の同意を得ている                                                                               | <input type="checkbox"/> あり        | <input type="checkbox"/> なし      |    |
|              |                          | 看取りに関する指針に基づき、利用者の状態又は家族の求め等に応じ随時、本人又は家族に看取り介護について説明し、同意を得て介護が行われている                                                                                | <input type="checkbox"/> あり        | <input type="checkbox"/> なし      |    |
|              |                          | 看取り介護に係る利用者等に対する随時の説明に係る同意について口頭で同意を得た場合は、介護記録にその説明日時及び内容等を記載するとともに、同意を得た旨を記載                                                                       | <input type="checkbox"/> あり        | <input type="checkbox"/> なし      |    |
|              |                          | 上記の説明に関して、本人が十分に判断できる状態になく、かつ、家族の来訪が見込まれない場合には、職員間で看取り介護について相談し、介護記録に相談日時や内容等及び本人の状態、家族に連絡しても来訪がなかった旨を記載                                            | <input type="checkbox"/> 該当または事例なし | <input type="checkbox"/> 非該当     |    |
|              |                          | 看取り介護を実施するに当たり、終末期にたどる経過、看取りに際して行いうる医療行為の選択肢、医師や医療機関との連携体制などについて、利用者等の理解が得られるよう継続的な説明に努め、説明の際には利用者の理解を助けるための利用者に関する記録を活用した説明資料を作成し、その写しを提供している      | <input type="checkbox"/> 該当        | <input type="checkbox"/> 非該当     |    |
|              |                          | 看取り介護等に関する介護記録を作成し、多職種連携を図るため、医師、看護職員、介護職員、介護支援専門員等による適切な情報共有に努めている                                                                                 | <input type="checkbox"/> 該当        | <input type="checkbox"/> 非該当     |    |
|              |                          | 看護師は、当該事業所の職員であるか、当該事業所が密接な連携をとることができる距離にある病院や訪問看護ステーションの職員である                                                                                      | <input type="checkbox"/> 該当        | <input type="checkbox"/> 非該当     |    |
|              |                          | 看取りに関する職員研修を行っている                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> 該当        | <input type="checkbox"/> 非該当     |    |
|              |                          | 利用者に提供する看取り介護の質を常に向上させていくため、PDCAサイクルにより、看取り介護を実施する体制を構築するとともに、それを強化していく取り組みを実施                                                                      | <input type="checkbox"/> 実施        | <input type="checkbox"/> 実施していない |    |
|              |                          | 死亡日以前45日以内に限り算定                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> 該当        | <input type="checkbox"/> 非該当     |    |
|              |                          | 退居した日の翌日から死亡日の間は算定しない                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> 該当        | <input type="checkbox"/> 非該当     |    |
|              |                          | 退居後に死亡した場合に算定する場合、次の事項を満たしているか<br>・退居後の自己負担の請求がありうる旨を説明し、文書にて同意を得ている<br>・退居後も利用者家族への指導等を行っている<br>・入院先の医療機関等からの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"/> 該当または事例なし | <input type="checkbox"/> 非該当     |    |
| (12) 初期加算    | <input type="checkbox"/> | 入居した日から起算して30日以内に限り算定                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> 該当        | <input type="checkbox"/> 非該当     |    |
|              |                          | 過去3月間に当該事業所へ入居していない<br>※日常生活自立度ランクⅢ以上の者の場合は過去1月間<br>※30日を超える病院又は診療所への入院後に再入居                                                                        | <input type="checkbox"/> 入居していない   | <input type="checkbox"/> 入居している  |    |

| 点検項目                | 算定                       | 点検事項                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 点検結果                                     |                                        | 備考                                                      |
|---------------------|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------|---------------------------------------------------------|
|                     |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 適                                        | 不適                                     |                                                         |
| (13) 協力医療機関連携加算     | <input type="checkbox"/> | 協力医療機関との間で、利用者の同意を得て、当該利用者の病歴等の情報を共有する会議を定期的（※）に開催している                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> はい              | <input type="checkbox"/> いいえ           |                                                         |
|                     |                          | ※概ね月に1回以上の開催。（電子的システムにより当該医療機関において、当該利用者の情報が随時確認できる体制が確保されていれば、年3回以上の定期開催も可）                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                          |                                        |                                                         |
|                     |                          | 上記会議の開催状況について、その概要を記録しているか                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> はい              | <input type="checkbox"/> いいえ           |                                                         |
|                     |                          | 協力医療機関が指定地域密着型サービス基準第105条第2項第一号及び第二号に規定する要件を満たすものであるか                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> 該当              | <input type="checkbox"/> 非該当           | 複数の医療機関を協力医療機関として定めることで当該要件を満たす場合は、それぞれの医療機関と会議を行うことが必要 |
| (14-1) 医療連携体制加算（Ⅰ）イ | <input type="checkbox"/> | 上記医療機関に該当する場合、当該医療機関の情報について、指定地域密着型サービス基準第105条第3項に規定する届出を市に届け出ているか                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> はい              | <input type="checkbox"/> いいえ           |                                                         |
|                     |                          | 事業所の職員として、看護師を1名以上配置（常勤換算方法）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> はい              | <input type="checkbox"/> いいえ           |                                                         |
|                     |                          | 事業所職員の看護師又は病院、診療所若しくは指定訪問看護ステーションの看護師との連携により、24時間連絡できる体制を確保                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> はい              | <input type="checkbox"/> いいえ           |                                                         |
| (14-2) 医療連携体制加算（Ⅰ）ロ | <input type="checkbox"/> | 重度化した場合における対応に係る指針の有無<br>※入居の際、利用者又はその家族等に対して、当該指針の内容を説明し、同意を得ている                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> はい              | <input type="checkbox"/> いいえ           | 「重度化した場合における対応に係る指針」                                    |
|                     |                          | 事業所の職員として、看護師を1名以上配置（常勤換算方法）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> はい              | <input type="checkbox"/> いいえ           |                                                         |
|                     |                          | 事業所職員の看護師又は病院、診療所若しくは指定訪問看護ステーションの看護師との連携により、24時間連絡できる体制を確保                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> はい              | <input type="checkbox"/> いいえ           |                                                         |
| (14-3) 医療連携体制加算（Ⅰ）ハ | <input type="checkbox"/> | ※事業所の看護職員が准看護師のみの場合は、病院、診療所又は指定訪問看護ステーションの看護師により、24時間連絡できる体制を確保                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> はい              | <input type="checkbox"/> いいえ           |                                                         |
|                     |                          | 重度化した場合における対応に係る指針の有無<br>※入居の際、利用者又はその家族等に対して、当該指針の内容を説明し、同意を得ている                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> はい              | <input type="checkbox"/> いいえ           | 「重度化した場合における対応に係る指針」                                    |
|                     |                          | 事業所の職員として又は病院、診療所若しくは指定訪問看護ステーションとの連携により、看護師を1名以上確保                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> はい              | <input type="checkbox"/> いいえ           |                                                         |
| (15) 医療連携体制加算（Ⅱ）    | <input type="checkbox"/> | 看護師により24時間連絡できる体制を確保                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> はい              | <input type="checkbox"/> いいえ           |                                                         |
|                     |                          | 重度化した場合における対応に係る指針の有無<br>※入居の際、利用者又はその家族等に対して、当該指針の内容を説明し、同意を得ている                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> はい              | <input type="checkbox"/> いいえ           | 「重度化した場合における対応に係る指針」                                    |
|                     |                          | 医療連携体制（Ⅰ）イ、ロ又はハのいずれかを算定                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> はい              | <input type="checkbox"/> いいえ           |                                                         |
| (16) 退居時情報提供加算      | <input type="checkbox"/> | 算定日が属する月の前3月間において、次のいずれかに該当する状態の入居者が1人以上であること<br>(1) 喀痰（かくたん）吸引を実施している状態<br>(2) 呼吸障害等により人工呼吸器を使用している状態<br>(3) 中心静脈注射を実施している状態<br>(4) 人工腎臓を実施している状態<br>(5) 重篤な心機能障害、呼吸障害等により常時モニター測定を実施している状態<br>(6) 人工膀胱又は人工肛門の処置を実施している状態<br>(7) 経鼻胃管や胃瘻（ろう）等の経腸栄養が行われている状態<br>(8) 褥瘡に対する治療を実施している状態<br>(9) 気管切開が行われている状態<br>(10) 留置カテーテルを使用している状態<br>(11) インスリン注射を実施している状態 | <input type="checkbox"/> 1人以上            | <input type="checkbox"/> なし            |                                                         |
|                     |                          | 入居者が退所退居して医療機関に入院する場合、当該医療機関に対して、所定様式に必要事項を記載のうえ、交付し、交付した文書の写しを介護記録等に添付                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> はい              | <input type="checkbox"/> いいえ           |                                                         |
|                     |                          | 入居者が医療機関に入院後、当該医療機関を退院し、同一月に再度当該医療機関に入院する場合には算定していない                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> はい              | <input type="checkbox"/> いいえ           |                                                         |
| (17) 退居時相談援助加算      | <input type="checkbox"/> | 利用期間が1ヶ月を超える利用者が退居                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> 該当              | <input type="checkbox"/> 非該当           |                                                         |
|                     |                          | 退居後の居宅サービス又は地域密着型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"/> あり              | <input type="checkbox"/> なし            |                                                         |
|                     |                          | 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"/> あり              | <input type="checkbox"/> なし            |                                                         |
|                     |                          | 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"/> あり              | <input type="checkbox"/> なし            |                                                         |
|                     |                          | 退居の理由が①～③の場合に算定していないか<br>① 病院、診療所及び他の介護保険施設への入院・入所<br>② 認知症対応型共同生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、特定施設入居者生活介護又は地域密着型特定施設入居者生活介護の利用<br>③ 死亡                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> ①～③の場合には算定していない | <input type="checkbox"/> ①～③の場合に算定している |                                                         |
|                     |                          | 利用者一人につき1回を限度として算定                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> 該当              | <input type="checkbox"/> 非該当           |                                                         |

| 点検項目                  | 算定                       | 点検事項                                                                                                                                                              | 点検結果                        |                                  | 備考                |
|-----------------------|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|----------------------------------|-------------------|
|                       |                          |                                                                                                                                                                   | 適                           | 不適                               |                   |
| (18-1)認知症専門ケア加算(Ⅰ)    | <input type="checkbox"/> | 利用者総数のうち、日常生活に支障を来す症状又は行動があるため介護を必要とする認知症の者(日常生活自立度ランクⅢ以上の者)の割合が5割以上                                                                                              | <input type="checkbox"/> 該当 | <input type="checkbox"/> 非該当     |                   |
|                       |                          | 「認知症介護実践リーダー研修」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を超えて10又はその端数を増すごとに1を加えた数以上を配置し、チームとしての専門的な認知症ケアを実施                                                | <input type="checkbox"/> 該当 | <input type="checkbox"/> 非該当     |                   |
|                       |                          | 認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議を定期的開催                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> 実施 | <input type="checkbox"/> 実施していない |                   |
| (18-2)認知症専門ケア加算(Ⅱ)    | <input type="checkbox"/> | 利用者総数のうち、日常生活に支障を来す症状又は行動があるため介護を必要とする認知症の者(日常生活自立度ランクⅢ以上の者)の割合が5割以上                                                                                              | <input type="checkbox"/> 該当 | <input type="checkbox"/> 非該当     |                   |
|                       |                          | 「認知症介護実践リーダー研修」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を超えて10又はその端数を増すごとに1を加えた数以上を配置し、チームとしての専門的な認知症ケアを実施                                                | <input type="checkbox"/> 該当 | <input type="checkbox"/> 非該当     |                   |
|                       |                          | 認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議を定期的開催                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> 実施 | <input type="checkbox"/> 実施していない |                   |
|                       |                          | 「認知症介護指導者養成研修」修了者を1名以上配置し、事業所全体の認知症ケアの指導等を実施                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> 該当 | <input type="checkbox"/> 非該当     |                   |
|                       |                          | 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、研修の実施<br>※研修は外部における研修を含む                                                                                                             | <input type="checkbox"/> 実施 | <input type="checkbox"/> 実施していない |                   |
| (19-1)認知症チームケア推進加算(Ⅰ) | <input type="checkbox"/> | ①事業所又は施設における利用者又は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(以下「対象者」)の占める割合が5割以上                                                                                       | <input type="checkbox"/> 該当 | <input type="checkbox"/> 非該当     | 認知症専門ケア加算と同時加算は不可 |
|                       |                          | ②認知症の行動・心理症状の予防及び出現時の早期対応に資する認知症介護の指導に係る専門的な研修を修了している者又は認知症介護に係る専門的な研修及び認知症の行動・心理症状の予防等に資するケアプログラムを含んだ研修を終了している者を1名以上配置し、かつ、複数人の介護職員から成る認知症の行動・心理症状に対応するチームを組んでいる | <input type="checkbox"/> 該当 | <input type="checkbox"/> 非該当     |                   |
|                       |                          | ③対象者に対し、個別に認知症の行動・心理症状の評価を計画的に行い、その予防等に資するチームケアを実施していること                                                                                                          | <input type="checkbox"/> 実施 | <input type="checkbox"/> 未実施     |                   |
|                       |                          | ④認知症の行動・心理症状の予防等に資する認知症ケアについて、カンファレンスの開催、計画の作成、認知症の行動・心理症状の有無及び程度についての定期的な評価、ケアの振り返り、計画の見直し等を行っている                                                                | <input type="checkbox"/> 実施 | <input type="checkbox"/> 未実施     |                   |
| (19-2)認知症チームケア推進加算(Ⅱ) | <input type="checkbox"/> | 認知症チームケア推進加算(Ⅰ)①、③及び④に適合しているか                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> 適合 | <input type="checkbox"/> 不適合     |                   |
|                       |                          | 認知症の行動・心理症状の予防等に資する認知症介護に係る専門的な研修を終了している者を1名以上配置し、かつ、複数人の介護職員から成る認知症の行動・心理症状に対応するチームを組んでいる                                                                        | <input type="checkbox"/> 該当 | <input type="checkbox"/> 非該当     |                   |
| (20-1)生活機能向上連携加算(Ⅰ)   | <input type="checkbox"/> | 訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設の理学療法士等の助言に基づき、生活機能の向上を目的とした認知症対応型共同生活介護計画を作成                                                                   | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし      |                   |
|                       |                          | 計画に基づく認知症対応型共同生活介護を実施                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> 実施 | <input type="checkbox"/> 実施していない |                   |
|                       |                          | 3ヶ月経過後、目標の達成度合いについて、利用者及び理学療法士等に報告している                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> 実施 | <input type="checkbox"/> 実施していない |                   |
|                       |                          | 計画に基づき認知症対応型共同生活介護を提供した初回の月に限り算定しているか                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ     |                   |
| (20-2)生活機能向上連携加算(Ⅱ)   | <input type="checkbox"/> | 訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設の理学療法士等が認知症対応型共同生活介護事業所を訪問し、計画作成担当者と共同して行ったアセスメント                                                               | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし      |                   |
|                       |                          | 生活機能の向上を目的とした認知症対応型共同生活介護計画を作成                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし      |                   |
|                       |                          | 計画に基づく認知症対応型共同生活介護を理学療法士等と連携して実施                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> 実施 | <input type="checkbox"/> 実施していない |                   |
|                       |                          | 各月における目標の達成度合いについて、利用者及び理学療法士等に報告し、理学療法士等から必要な助言を得たうえで、適切な対応をしている                                                                                                 | <input type="checkbox"/> 実施 | <input type="checkbox"/> 実施していない |                   |
|                       |                          | 計画に基づき認知症対応型共同生活介護を提供した初回の月を含む3ヶ月を限度に算定しているか                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ     |                   |
|                       |                          | 生活機能向上連携加算(Ⅰ)を算定していないか                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ     |                   |

| 点検項目                   | 算定                       | 点検事項                                                                                                                                                                               | 点検結果                           |                                  | 備考                                            |
|------------------------|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------------------|
|                        |                          |                                                                                                                                                                                    | 適                              | 不適                               |                                               |
| (21) 栄養管理体制加算          | <input type="checkbox"/> | 管理栄養士が従業者に対する栄養ケアに係る技術的助言及び指導を月1回以上行っている                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> 実施    | <input type="checkbox"/> 未実施     |                                               |
| (22) 口腔衛生管理体制加算        | <input type="checkbox"/> | 歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に（口腔ケアにかか）助言、指導を行う                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> あり    | <input type="checkbox"/> なし      |                                               |
|                        |                          | 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"/> あり    | <input type="checkbox"/> なし      |                                               |
|                        |                          | 助言、指導を行うに当たり、歯科訪問診療又は訪問歯科衛生指導の実施時間以外の時間帯で実施                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> 実施    | <input type="checkbox"/> 実施していない |                                               |
|                        |                          | 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"/> あり    | <input type="checkbox"/> なし      |                                               |
|                        |                          | 定員、人員基準に適合                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> 該当    | <input type="checkbox"/> 非該当     |                                               |
| (23) 口腔・栄養スクリーニング加算    | <input type="checkbox"/> | 利用開始時及び利用中6月ごとに下記の事項について実施                                                                                                                                                         |                                |                                  |                                               |
|                        |                          | 口腔の健康状態のスクリーニング                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> 実施    | <input type="checkbox"/> 未実施     |                                               |
|                        |                          | 栄養状態のスクリーニング                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 実施    | <input type="checkbox"/> 未実施     |                                               |
|                        |                          | 利用者の栄養状態に係る情報を計画作成担当者に文書で共有                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> 実施    | <input type="checkbox"/> 未実施     |                                               |
|                        |                          | 算定回数                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> 6月に1回 | <input type="checkbox"/> なし      |                                               |
|                        |                          | 他の事業所での栄養スクリーニング加算の算定                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> なし    | <input type="checkbox"/> あり      |                                               |
| (24) 科学的介護推進体制加算       | <input type="checkbox"/> | 利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の利用者の心身の状況等に係る基本的な情報を、厚生労働省に提出                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 実施    | <input type="checkbox"/> 未実施     |                                               |
|                        |                          | 必要に応じて認知症対応型共同生活介護計画を見直す等、必要な情報を活用                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> 該当    | <input type="checkbox"/> 非該当     |                                               |
| (25) 高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ） | <input type="checkbox"/> | 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"/> はい    | <input type="checkbox"/> いいえ     |                                               |
|                        |                          | 指定地域密着型サービス基準第105号第1項本文に規定する協力医療機関その他の医療機関（以下「協力医療機関等」と）との間で、感染症（新興感染症を除く。以下同じ）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"/> はい    | <input type="checkbox"/> いいえ     |                                               |
|                        |                          | 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"/> はい    | <input type="checkbox"/> いいえ     |                                               |
| (26) 高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ） | <input type="checkbox"/> | 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"/> はい    | <input type="checkbox"/> いいえ     |                                               |
| (27) 新興感染症等施設療養費       | <input type="checkbox"/> | 利用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か                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> はい    | <input type="checkbox"/> いいえ     | ※今後のパンデミック発生時等に必要に応じて厚生労働大臣が指定（R6.4.1時点で指定なし） |
|                        |                          | 上記感染症に感染した利用者に対し、適切な感染対策を行っているか                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> はい    | <input type="checkbox"/> いいえ     |                                               |
| (28) 生産性向上推進体制加算（Ⅰ）    | <input type="checkbox"/> | 以下、(1)～(5)のいずれにも該当                                                                                                                                                                 |                                |                                  |                                               |
|                        |                          | (1) 利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する委員会で、次の事項について検討し、実施を定期的に確認している<br>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<br>②職員の負担の軽減及び勤務状況への配慮<br>③介護機器の定期的な点検<br>④業務の効率化及び質の向上並びに職員の負担軽減を図るための職員研修 | <input type="checkbox"/> はい    | <input type="checkbox"/> いいえ     |                                               |
|                        |                          | (2) (1)の取組及び介護機器の活用による業務の効率化及びケアの質の確保並びに職員の負担軽減に関する実績がある                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> はい    | <input type="checkbox"/> いいえ     |                                               |
|                        |                          | (3) 介護機器を複数種類活用している                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> はい    | <input type="checkbox"/> いいえ     |                                               |
|                        |                          | (4) (1)の委員会で、職員の業務分担の明確化等による業務の効率化及びケアの質の確保並びに負担軽減について検討を行い、当該検討を踏まえ、必要な取組を実施し、及び当該取組の実施を定期的に確認している                                                                                | <input type="checkbox"/> はい    | <input type="checkbox"/> いいえ     |                                               |
|                        |                          | (5) 事業年度ごとに(1)、(3)及び(4)の取組に関する実績を厚生労働省に報告している                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> はい    | <input type="checkbox"/> いいえ     |                                               |
| (28) 生産性向上推進体制加算（Ⅱ）    | <input type="checkbox"/> | 以下、(1)～(3)のいずれにも該当                                                                                                                                                                 |                                |                                  |                                               |
|                        |                          | (1) 利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する委員会で、次の事項について検討し、実施を定期的に確認している<br>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<br>②職員の負担の軽減及び勤務状況への配慮<br>③介護機器の定期的な点検<br>④業務の効率化及び質の向上並びに職員の負担軽減を図るための職員研修 | <input type="checkbox"/> はい    | <input type="checkbox"/> いいえ     |                                               |
|                        |                          | (2) 介護機器を活用している                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> はい    | <input type="checkbox"/> いいえ     |                                               |
|                        |                          | (3) 事業年度ごとに(1)及び(2)の取組に関する実績を厚生労働省に報告している                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> はい    | <input type="checkbox"/> いいえ     |                                               |

| 点検項目                                                            | 算定                       | 点検事項                                                                                                                                                                                    | 点検結果                        |                                         | 備考 |
|-----------------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------------|----|
|                                                                 |                          |                                                                                                                                                                                         | 適                           | 不適                                      |    |
| (29-1) サービス提供体制強化加算（Ⅰ）                                          | <input type="checkbox"/> | 以下のいずれかに該当<br>1 介護職員の総数のうち介護福祉士の数70%以上<br>2 介護職員の総数のうち勤続年数10年以上の介護福祉士の数25%以上<br>定員、人員基準に適合                                                                                              | <input type="checkbox"/> 該当 | <input type="checkbox"/> 非該当            |    |
| (29-2) サービス提供体制強化加算（Ⅱ）                                          | <input type="checkbox"/> | 介護職員の総数のうち介護福祉士の数60%以上<br>定員、人員基準に適合                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> 該当 | <input type="checkbox"/> 非該当            |    |
| (29-3) サービス提供体制強化加算（Ⅲ）                                          | <input type="checkbox"/> | 以下のいずれかに該当<br>1 介護職員の総数のうち介護福祉士の数50%以上<br>2 介護職員の総数のうち常勤の者の数75%以上<br>3 サービスを直接提供する職員の総数のうち勤続年数7年以上の者の数30%以上<br>定員、人員基準に適合                                                               | <input type="checkbox"/> 該当 | <input type="checkbox"/> 非該当            |    |
| (30-1) 介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）<br>および<br>※（Ⅰ）イ（Ⅰ）<br>※（Ⅰ）ロの加算<br>※（Ⅰ）ロのみ | <input type="checkbox"/> | 1 当該加算の算定見込額を上回る賃金改善計画の策定、適切な措置                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> 該当 | <input type="checkbox"/> 非該当            |    |
|                                                                 |                          | 2 1の計画、計画の実施期間及び実施方法その他の介護職員の処遇改善の計画等を記載した介護職員処遇改善計画書の作成、全ての介護職員に周知、本市に届出                                                                                                               | <input type="checkbox"/> 該当 | <input type="checkbox"/> 非該当            |    |
|                                                                 |                          | 3 当該加算の算定額に相当する賃金改善の実施。ただし、事業継続困難時に賃金水準を見直す場合には、本市への届出（特別事情届出書）が必要                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> 該当 | <input type="checkbox"/> 非該当            |    |
|                                                                 |                          | 4 処遇改善に関する前年度の実績を本市に報告（初年度の場合、報告を予定）                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし             |    |
|                                                                 |                          | 5 労働基準法、労働者災害補償保険法、最低賃金法、労働安全衛生法、雇用保険法その他の労働に関する法令に違反し、罰金以上の刑に処せられていないこと（算定日の属する月の前12月間）                                                                                                | <input type="checkbox"/> 該当 | <input type="checkbox"/> 非該当            |    |
|                                                                 |                          | 6 労働保険料の適正な納付                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> 該当 | <input type="checkbox"/> 非該当            |    |
|                                                                 |                          | 7 次に掲げる基準のいずれにも適合                                                                                                                                                                       |                             |                                         |    |
|                                                                 |                          | (1) 月額賃金改善要件Ⅰ                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/>    | いずれにも該当<br><input type="checkbox"/> 非該当 |    |
|                                                                 |                          | (2) 月額賃金改善要件Ⅱ                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/>    |                                         |    |
|                                                                 |                          | (3) キャリアパス要件Ⅰ                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/>    |                                         |    |
|                                                                 |                          | (4) キャリアパス要件Ⅱ                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/>    |                                         |    |
|                                                                 |                          | (5) キャリアパス要件Ⅲ                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/>    |                                         |    |
|                                                                 |                          | (6) キャリアパス要件Ⅳ                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/>    |                                         |    |
|                                                                 |                          | (7) キャリアパス要件Ⅴ                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/>    |                                         |    |
|                                                                 |                          | (8) 職場環境等要件 ※令和7年度より適用                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/>    |                                         |    |
|                                                                 |                          | 職場環境等の改善に係る取組について、ホームページへの掲載等により公表している                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> 非該当            |    |
|                                                                 |                          | 上記に加え、令和8年度特例要件（以下のいずれかを行っていること）<br>（ア）ケアプランデータ連携システムを利用していること<br>（イ）生産性向上推進体制加算Ⅰ又はⅡを算定していること<br>（ウ）介護サービス事業所等が所属する法人が、社会福祉連携法人に所属していること<br>※（ア）（イ）については利用、算定の誓約をしている場合は要件を満たすものとして取り扱う | <input type="checkbox"/> 該当 | <input type="checkbox"/> 非該当            |    |

| 点検項目                                       | 算定 | 点検事項                                                                                                                                                                                        | 点検結果                        |                              | 備考 |  |
|--------------------------------------------|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|------------------------------|----|--|
|                                            |    |                                                                                                                                                                                             | 適                           | 不適                           |    |  |
| (30-2) 介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）および※（Ⅱ）イ（Ⅱ）ロR8年6月～の加算 | □  | 1 当該加算の算定見込額を上回る賃金改善計画の策定、適切な措置                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> 該当 | <input type="checkbox"/> 非該当 |    |  |
|                                            |    | 2 1の計画、計画の実施期間及び実施方法その他の介護職員の処遇改善の計画等を記載した介護職員処遇改善計画書の作成、全ての介護職員に周知、本市に届出                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> 該当 | <input type="checkbox"/> 非該当 |    |  |
|                                            |    | 3 当該加算の算定額に相当する賃金改善の実施。ただし、事業継続困難時に賃金水準を見直す場合には、本市への届出（特別事情届出書）が必要                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> 該当 | <input type="checkbox"/> 非該当 |    |  |
|                                            |    | 4 処遇改善に関する前年度の実績を本市に報告（初年度の場合、報告を予定）                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし  |    |  |
|                                            |    | 5 労働基準法、労働者災害補償保険法、最低賃金法、労働安全衛生法、雇用保険法その他の労働に関する法令に違反し、罰金以上の刑に処せられていないこと（算定日の属する月の前12月間）                                                                                                    | <input type="checkbox"/> 該当 | <input type="checkbox"/> 非該当 |    |  |
|                                            |    | 6 労働保険料の適正な納付                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> 該当 | <input type="checkbox"/> 非該当 |    |  |
|                                            |    | 7 次に掲げる基準のいずれにも適合                                                                                                                                                                           |                             |                              |    |  |
|                                            |    | （Ⅰ）月額賃金改善要件Ⅰ                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/>    | いずれにも該当                      |    |  |
|                                            |    | （Ⅱ）月額賃金改善要件Ⅱ                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/>    |                              |    |  |
|                                            |    | （Ⅲ）キャリアパス要件Ⅰ                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/>    |                              |    |  |
|                                            |    | （Ⅳ）キャリアパス要件Ⅱ                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/>    |                              |    |  |
|                                            |    | （Ⅴ）キャリアパス要件Ⅲ                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/>    |                              |    |  |
|                                            |    | （Ⅵ）キャリアパス要件Ⅳ                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/>    |                              |    |  |
|                                            |    | （Ⅶ）職場環境等要件 ※令和7年度より適用                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/>    |                              |    |  |
|                                            |    | 職場環境等の改善に係る取組について、ホームページへの掲載等により公表している                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/>    |                              |    |  |
| （Ⅱ）ロのみ                                     |    | 上記に加え、令和8年度特例要件（以下のいずれかを行っていること）<br>（ア）ケアプランデータ連携システムを利用していること<br>（イ）生産性向上推進体制加算Ⅰ又はⅡを算定していること<br>（ウ）介護サービス事業所等が所属する法人が、社会福祉連携法人に所属していること<br><br>※（ア）（イ）については利用、算定の誓約をしている場合は要件を満たすものとして取り扱う | <input type="checkbox"/> 該当 | <input type="checkbox"/> 非該当 |    |  |
|                                            |    |                                                                                                                                                                                             |                             |                              |    |  |
| (30-3) 介護職員等処遇改善加算（Ⅲ）                      |    | 1 当該加算の算定見込額を上回る賃金改善計画の策定、適切な措置                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> 該当 | <input type="checkbox"/> 非該当 |    |  |
|                                            |    | 2 1の計画、計画の実施期間及び実施方法その他の介護職員の処遇改善の計画等を記載した介護職員処遇改善計画書の作成、全ての介護職員に周知、本市に届出                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> 該当 | <input type="checkbox"/> 非該当 |    |  |
|                                            |    | 3 当該加算の算定額に相当する賃金改善の実施。ただし、事業継続困難時に賃金水準を見直す場合には、本市への届出（特別事情届出書）が必要                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし  |    |  |
|                                            |    | 4 処遇改善に関する前年度の実績を本市に報告（初年度の場合、報告を予定）                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> 該当 | <input type="checkbox"/> 非該当 |    |  |
|                                            |    | 5 労働基準法、労働者災害補償保険法、最低賃金法、労働安全衛生法、雇用保険法その他の労働に関する法令に違反し、罰金以上の刑に処せられていないこと（算定日の属する月の前12月間）                                                                                                    | <input type="checkbox"/> 該当 | <input type="checkbox"/> 非該当 |    |  |
|                                            |    | 6 労働保険料の適正な納付                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> 該当 | <input type="checkbox"/> 非該当 |    |  |
|                                            |    | 7 次に掲げる基準のいずれにも適合                                                                                                                                                                           |                             |                              |    |  |
|                                            |    | （Ⅰ）月額賃金改善要件Ⅰ                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/>    | いずれにも該当                      |    |  |
|                                            |    | （Ⅱ）月額賃金改善要件Ⅱ                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/>    |                              |    |  |
|                                            |    | （Ⅲ）キャリアパス要件Ⅰ                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/>    |                              |    |  |
|                                            |    | （Ⅳ）キャリアパス要件Ⅱ                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/>    |                              |    |  |
|                                            |    | （Ⅴ）キャリアパス要件Ⅲ                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/>    |                              |    |  |
|                                            |    | （Ⅵ）キャリアパス要件Ⅳ                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/>    |                              |    |  |
|                                            |    | （Ⅶ）職場環境等要件 ※令和7年度より適用                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/>    |                              |    |  |
| (30-4) 介護職員等処遇改善加算（Ⅳ）                      |    | 1 当該加算の算定見込額を上回る賃金改善計画の策定、適切な措置                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> 該当 | <input type="checkbox"/> 非該当 |    |  |
|                                            |    | 2 1の計画、計画の実施期間及び実施方法その他の介護職員の処遇改善の計画等を記載した介護職員処遇改善計画書の作成、全ての介護職員に周知、本市に届出                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> 該当 | <input type="checkbox"/> 非該当 |    |  |
|                                            |    | 3 当該加算の算定額に相当する賃金改善の実施。ただし、事業継続困難時に賃金水準を見直す場合には、本市への届出（特別事情届出書）が必要                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし  |    |  |
|                                            |    | 4 処遇改善に関する前年度の実績を本市に報告（初年度の場合、報告を予定）                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> 該当 | <input type="checkbox"/> 非該当 |    |  |
|                                            |    | 5 労働基準法、労働者災害補償保険法、最低賃金法、労働安全衛生法、雇用保険法その他の労働に関する法令に違反し、罰金以上の刑に処せられていないこと（算定日の属する月の前12月間）                                                                                                    | <input type="checkbox"/> 該当 | <input type="checkbox"/> 非該当 |    |  |
|                                            |    | 6 労働保険料の適正な納付                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> 該当 | <input type="checkbox"/> 非該当 |    |  |

| 点検項目 | 算定 | 点検事項                   | 点検結果                     |                                          | 備考 |
|------|----|------------------------|--------------------------|------------------------------------------|----|
|      |    |                        | 適                        | 不適                                       |    |
|      |    | 7 次に掲げる基準のいずれにも適合      |                          |                                          |    |
|      |    | (1) 月額賃金改善要件Ⅰ          | <input type="checkbox"/> | いずれにも<br>該当 <input type="checkbox"/> 非該当 |    |
|      |    | (2) 月額賃金改善要件Ⅱ          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 非該当             |    |
|      |    | (3) キャリアパス要件Ⅰ          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 非該当             |    |
|      |    | (4) キャリアパス要件Ⅱ          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 非該当             |    |
|      |    | (5) 職場環境等要件 ※令和7年度より適用 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 非該当             |    |