

認知症対応型共同生活介護「加算チェックシート」

点検項目	点検事項	点検結果	
夜勤減算	夜勤を行う介護従業者の数が共同生活住居ごとに1以上	<input type="checkbox"/> 満たさない	
身体拘束廃止未実施減算	身体拘束に関する記録を行っている	<input type="checkbox"/> 未実施	
	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カ月に1回以上開催している	<input type="checkbox"/> 未実施	
	身体拘束等の適正化のための指針を整備している	<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を実施（年2回以上）している	<input type="checkbox"/> 未実施	
夜間支援体制加算（Ⅰ）	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）を算定していること。	<input type="checkbox"/> 満たす	
	夜勤を行う介護従事者及び宿直勤務に当たる者の合計数が、二以上である。	<input type="checkbox"/> 満たす	
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	
夜間支援体制加算（Ⅱ）	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）を算定していること。	<input type="checkbox"/> 満たす	
	夜勤を行う介護従事者及び宿直勤務に当たる者の合計数が、指定認知症対応型共同生活介護事業所を構成する共同生活住居の数に、一を加えた数以上である。	<input type="checkbox"/> 満たす	
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	

点検項目	点検事項	点検結果	
認知症行動・心理症状緊急対応加算	次の a～c に該当しない a 病院又は診療所に入院中の者 b 介護保険施設又は地域密着型介護老人福祉施設に入院中又は入所中の者 c 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及び地域密着型短期利用特定施設入居者生活介護の利用中の者	<input type="checkbox"/> 該当	
	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適当と判断したものに認知症対応型共同生活介護を行った場合	<input type="checkbox"/> 該当	
	介護支援専門員及び受入事業所との連携をし、利用者又は家族との同意を得ている	<input type="checkbox"/> 該当	
	判断を行った医師は症状、判断の内容等を診療録等に記録し、事業者は判断を行った日時、医師名、留意事項等を介護サービス計画書に記録している	<input type="checkbox"/> 該当	
	利用開始日から起算して7日以内	<input type="checkbox"/> 該当	
若年性認知症利用者受入加算	若年性認知症利用者ごとに個別に担当者を定めている	<input type="checkbox"/> 該当	
	担当者中心に利用者の特性やニーズに応じた適切なサービス提供	<input type="checkbox"/> 実施	
入院時費用	3ヶ月以内に明らかに退院が見込まれるとき、利用者及び家族の希望等を勘案し、やむを得ない事情がある場合を除き、退院後円滑に再入居できる体制を確保して	<input type="checkbox"/> 該当	
	上記の体制を確保していることについて、あらかじめ利用者に説明している	<input type="checkbox"/> 該当	
	利用者の入院中、必要に応じて適切な便宜を提供している	<input type="checkbox"/> 該当	・入退院の手続きや、家族及び医療機関等への連絡調整、情報提供等
	入院日及び退院日を含まず、1月に最大6日の算定（月をまたぐときは最大12日まで）	<input type="checkbox"/> 該当	

点検項目	点検事項	点検結果	
看取り介護加算	看取りに関する指針を定め、入居の際に利用者又はその家族等に対して、指針の内容を説明し、同意を得ている	<input type="checkbox"/> 該当	看取りに関する指針
	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、適宜看取りに関する指針を見直している	<input type="checkbox"/> 該当	
	看取りに関する職員研修を行っている	<input type="checkbox"/> 該当	
	医師が医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した者	<input type="checkbox"/> 該当	
	医師、看護職員、介護支援専門員等が共同で作成した介護に係る計画について、利用者又は家族等に説明し、同意を得ている	<input type="checkbox"/> 該当	
	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、医師等の相互の連携の下、介護記録等利用者に関する記録を活用して介護の説明を行い、同意を得ている	<input type="checkbox"/> 該当	
	密接な連携を確保できる範囲内の距離にある訪問看護ステーション等の看護職員である	<input type="checkbox"/> 該当	
	自己負担の請求について利用者側に説明し文書にて同意を得ている	<input type="checkbox"/> 該当	
	退居等の際入院先の医療機関等に利用者の状態等の情報提供について本人又は家族に説明し文書にて同意を得ている	<input type="checkbox"/> 該当	
	本人又は家族に対する随時説明を口頭でした場合は、説明日時、内容、同意を得た旨を介護記録に記載している	<input type="checkbox"/> 該当	
	本人が十分に判断できる状態になく、かつ、家族の来訪が見込まれない場合、介護記録に職員間の相談日時、内容及び利用者や家族の状況が記載されている	<input type="checkbox"/> 該当	
	死亡日以前4日以上30日	<input type="checkbox"/> 該当	
	死亡日の前日及び前々日	<input type="checkbox"/> 該当	
	死亡日	<input type="checkbox"/> 該当	
	退居した日の翌日から死亡日の間は算定しない	<input type="checkbox"/> 該当	
医療連携体制加算を算定している	<input type="checkbox"/> 該当		
初期加算	入居日から起算して30日以内	<input type="checkbox"/> 該当	

点検項目	点検事項	点検結果	
	過去3月間（ただし日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する者の場合は過去1月間）の間に入居したことがない	<input type="checkbox"/> 該当	
	30日以上入院後の再入居	<input type="checkbox"/> あり	
医療連携体制加算（Ⅰ）	事業所の職員として又は病院、訪問看護ステーション等との連携により、看護師を1名以上確保	<input type="checkbox"/> 該当	
	看護師により、24時間連絡体制を確保	<input type="checkbox"/> 該当	
	重度化した場合における対応の指針を定めている	<input type="checkbox"/> 該当	重度化した場合における対応に係る指針（急性期における医師、医療機関との連携、入院期間中の当該施設における居住費・食費の取扱い、看取りに関する考え方、本人等との話し合いや意思確認の方法等）
	入居の際に利用者又は家族等に指針を説明し、同意を得ている	<input type="checkbox"/> 該当	
医療連携体制加算（Ⅱ）	職員として、看護師又は准看護師を常勤換算方法で1名以上配置	<input type="checkbox"/> 該当	
	職員である看護師又は病院、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る24時間連絡体制の確保（准看護師のみの場合は、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により24時間連絡体制の確保）	<input type="checkbox"/> 該当	
	重度化した場合における対応の指針を定めている	<input type="checkbox"/> 該当	重度化した場合における対応に係る指針（急性期における医師、医療機関との連携、入院期間中の当該施設における居住費・食費の取扱い、看取りに関する考え方、本人等との話し合いや意思確認の方法等）
	入居の際に利用者又は家族等に指針を説明し、同意を得ている	<input type="checkbox"/> 該当	
	算定日が属する月の前12ヶ月間において、次のいずれかに該当する状態の入居者が1名以上 ・喀痰吸引を実施している状態 ・経鼻胃管や胃ろう等の経腸栄養が行われている状態	<input type="checkbox"/> 該当	
医療連携体制加算（Ⅲ）	職員として、看護師を常勤換算方法で1名以上配置	<input type="checkbox"/> 該当	

点検項目	点検事項	点検結果	
	職員である看護師又は病院、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る24時間連絡体制の確保	<input type="checkbox"/> 該当	
	重度化した場合における対応の指針を定めている	<input type="checkbox"/> 該当	重度化した場合における対応に係る指針（急性期における医師、医療機関との連携、入院期間中の当該施設における居住費・食費の取扱い、看取りに関する考え方、本人等との話し合いや意思確認の方法等）
	入居の際に利用者又は家族等に指針を説明し、同意を得ている	<input type="checkbox"/> 該当	
	算定日が属する月の前12ヶ月間において、次のいずれかに該当する状態の入居者が1名以上 ・喀痰吸引を実施している状態 ・経鼻胃管や胃ろう等の経腸栄養が行われている状態	<input type="checkbox"/> 該当	
退居時相談援助加算	利用期間が1ヶ月を超える利用者が退居	<input type="checkbox"/> 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を行っている	<input type="checkbox"/> 該当	
	利用者の同意の上、退居日から2週間以内に市町村等に利用者の介護状況を示す文書及び居宅サービス又は地域密着型サービスに必要な情報を提供	<input type="checkbox"/> 該当	
	介護支援専門員である計画作成担当者、介護職員等が協力し、退居者及びその家族等のいずれにも相談援助を行い当該相談援助を行った日及び内容の要点を記録している	<input type="checkbox"/> 該当	
	利用者一人につき1回が限度	<input type="checkbox"/> 該当	

点検項目	点検事項	点検結果		
認知症専門ケア加算Ⅰ	利用者総数のうち、日常生活に支障をきたす症状又は行動があるため介護を必要とする認知症患者（日常生活自立度Ⅲ以上の者）である対象者の割合が5割以上	<input type="checkbox"/>	該当	
	対象者の数が20人未満で認知症介護に係る専門的な研修修了者が1人以上、対象者が20人以上の場合は、1に対象者が19を超えて10又は端数を増すごとに1人を加えた人数を配置し、チームとして専門的な認知症ケアを実施	<input type="checkbox"/>	該当	
	従業者に対して認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導の会議を定期的実施	<input type="checkbox"/>	該当	
認知症専門ケア加算Ⅱ	利用者総数のうち、日常生活に支障をきたす症状又は行動があるため介護を必要とする認知症患者（日常生活自立度Ⅲ以上の者）である対象者の割合が5割以上	<input type="checkbox"/>	該当	
	対象者の数が20人未満で認知症介護に係る専門的な研修修了者が1人以上、対象者が20人以上の場合は、1に対象者が19を超えて10又は端数を増すごとに1人を加えた人数を配置し、チームとして専門的な認知症ケアを実施	<input type="checkbox"/>	該当	
	従業者に対して認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導の会議を定期的実施	<input type="checkbox"/>	該当	
	認知症介護の指導に係る専門的な研修修了者を1名以上配置し、事業所全体の認知症ケアの指導等を実施	<input type="checkbox"/>	該当	
	介護職員、看護職員ごとの認知症ケアに関する研修計画の作成及び研修の実施	<input type="checkbox"/>	該当	

点検項目	点検事項	点検結果		
生活機能向上連携加算	指定訪問リハビリテーション事業所、指定通所リハビリテーション事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設の医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士と計画作成担当者が共同して利用者の身体状況等を評価し、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"/>	実施	
	認知症対応型共同生活介護計画に、生活機能アセスメントの結果のほか、必要事項を記載している	<input type="checkbox"/>	実施	※必要事項：利用者が自立して行おうとする行為の内容、3月を目処とする達成目標及び各月の目標、介助の内容
	計画に具体的な指標を用いている	<input type="checkbox"/>	実施	
	3月を超えて算定していない	<input type="checkbox"/>	該当	※3月を超えて算定する場合は、再度計画の見直しを要する
	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ている	<input type="checkbox"/>	実施	
口腔衛生管理体制加算	歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士の助言及び指導に基づき口腔ケアマネジメント計画を作成	<input type="checkbox"/>	該当	口腔ケアマネジメント計画
	歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に対する口腔ケアに係る指導及び助言を実施	<input type="checkbox"/>	1月に1回以上	歯科診療の時間以外の時間で実施すること
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/>	該当	
栄養スクリーニング加算	以下に関して、利用開始時及び6月ごとに利用者の栄養状態について確認を行い、その結果を計画作成担当者に情報提供している	<input type="checkbox"/>	利用開始時及び利用中6月ごとに実施	
	<ul style="list-style-type: none"> ・BMIが18.5未満である者 ・1～6ヶ月間で3%以上の体重減少が認められる者又は「地域支援事業の実施について」に規定する基本チェックリストのNo.11の項目が「1」に該当する者 ・血清アルブミン値が3.5g/dl以下である者 ・食事摂取量が75%以下である者 			
	当該事業所以外で栄養スクリーニング加算を算定していない	<input type="checkbox"/>	該当	
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/>	該当	

点検項目	点検事項	点検結果	
サービス提供体制強化加算 I (イ)	介護職員の総数のうち介護福祉士の数 6 割以上	<input type="checkbox"/> 該当	
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	
サービス提供体制強化加算 I (ロ)	介護職員の総数のうち介護福祉士の数 5 割以上	<input type="checkbox"/> 該当	
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	
サービス提供体制強化加算 II	看護・介護職員の総数のうち常勤職員の数 7 割 5 分以上	<input type="checkbox"/> 該当	
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	
サービス提供体制強化加算 III	直接処遇職員の総数のうち勤続 3 年以上の者 3 割以上	<input type="checkbox"/> 該当	
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	
介護職員処遇改善加算 I	1 賃金改善に関する計画の策定、計画に基づく措置	<input type="checkbox"/> あり	改善計画書
	2 改善計画書の作成、周知、届出	<input type="checkbox"/> あり	改善計画書
	3 賃金改善の実施	<input type="checkbox"/> あり	
	4 処遇改善に関する実績の報告	<input type="checkbox"/> あり	実績報告書
	5 前12月間に法令違反し、刑罰以上の処罰	<input type="checkbox"/> なし	
	6 労働保険料の納付	<input type="checkbox"/> 適正に納付	
	7 <キャリアパス要件> (一)、(二)、(三)のいずれにも適合	<input type="checkbox"/>	
	(一)任用の際の職位、職責又は職務内容等に応じた任用等の要件及び賃金体系を書面で作成し、全ての介護職員に周知	<input type="checkbox"/> あり	就業規則
	(二)資質の向上の支援に関する計画の策定、研修の実施又は研修の機会を確保し、全ての介護職員に周知	<input type="checkbox"/> あり	研修計画書
(三)経験若しくは資格等に応じて昇給する仕組み又は一定の基準に基づき定期的に昇給する仕組みを設け、全ての介護職員に周知	<input type="checkbox"/> あり		
8 <職場環境等要件> 平成27年4月以降の処遇改善の内容(賃金改善を除く)を全ての職員に周知	<input type="checkbox"/> あり	実施した取組みの記録	

点検項目	点検事項	点検結果	
介護職員処遇改善加算Ⅱ	1 賃金改善に関する計画の策定、計画に基づく措置	<input type="checkbox"/> あり	改善計画書
	2 改善計画書の作成、周知、届出	<input type="checkbox"/> あり	改善計画書
	3 賃金改善の実施	<input type="checkbox"/> あり	
	4 処遇改善に関する実績の報告	<input type="checkbox"/> あり	実績報告書
	5 前12月間に法令違反し、刑罰以上の処罰	<input type="checkbox"/> なし	
	6 労働保険料の納付	<input type="checkbox"/> 適正に納付	
	7 <キャリアパス要件> (一)、(二)のいずれにも適合	<input type="checkbox"/>	
	(一)任用の際の職位、職責又は職務内容等に応じた任用等の要件及び賃金体系を書面で作成し、全ての介護職員に周知	<input type="checkbox"/> あり	就業規則
(二)資質の向上の支援に関する計画の策定、研修の実施又は研修の機会を確保し、全ての介護職員に周知	<input type="checkbox"/> あり	研修計画書	
8 <職場環境等要件> 平成27年4月以降の処遇改善の内容(賃金改善を除く)を全ての職員に周知	<input type="checkbox"/> あり	実施した取組みの記録	
介護職員処遇改善加算Ⅲ	1 賃金改善に関する計画の策定、計画に基づく措置	<input type="checkbox"/> あり	改善計画書
	2 改善計画書の作成、周知、届出	<input type="checkbox"/> あり	改善計画書
	3 賃金改善の実施	<input type="checkbox"/> あり	
	4 処遇改善に関する実績の報告	<input type="checkbox"/> あり	実績報告書
	5 前12月間に法令違反し、刑罰以上の処罰	<input type="checkbox"/> なし	
	6 労働保険料の納付	<input type="checkbox"/> 適正に納付	
	7 (一)、(二)のいずれかに適合	<input type="checkbox"/>	
	(一)任用の際の職位、職責又は職務内容等に応じた任用等の要件及び賃金体系を書面で作成し、全ての介護職員に周知	<input type="checkbox"/> あり	就業規則
(二)資質の向上の支援に関する計画の策定、研修の実施又は研修の機会を確保し、全ての介護職員に周知	<input type="checkbox"/> あり	研修計画書	
8 平成20年10月以降の処遇改善の内容(賃金改善を除く)を全ての職員に周知	<input type="checkbox"/> あり	実施した取組みの記録	

点検項目	点検事項	点検結果	
介護職員処遇改善加算Ⅳ	1 賃金改善に関する計画の策定、計画に基づく措置	<input type="checkbox"/> あり	改善計画書
	2 改善計画書の作成、周知、届出	<input type="checkbox"/> あり	改善計画書
	3 賃金改善の実施	<input type="checkbox"/> あり	
	4 処遇改善に関する実績の報告	<input type="checkbox"/> あり	実績報告書
	5 前12月間に法令違反し、刑罰以上の処罰	<input type="checkbox"/> なし	
	6 労働保険料の納付	<input type="checkbox"/> 適正に納付	
	7 (一)、(二)、(三)のいずれかに適合	<input type="checkbox"/>	
	(一)任用の際の職位、職責又は職務内容等に応じた任用等の要件及び賃金体系を書面で作成し、全ての介護職員に周知	<input type="checkbox"/> あり	就業規則
	(二)資質の向上の支援に関する計画の策定、研修の実施又は研修の機会を確保し、全ての介護職員に周知	<input type="checkbox"/> あり	研修計画書
	(三)平成20年10月以降の処遇改善の内容（賃金改善を除く）を全ての職員に周知	<input type="checkbox"/> あり	実施した取組みの記録
介護職員処遇改善加算Ⅴ	1 賃金改善に関する計画の策定、計画に基づく措置	<input type="checkbox"/> あり	改善計画書
	2 改善計画書の作成、周知、届出	<input type="checkbox"/> あり	改善計画書
	3 賃金改善の実施	<input type="checkbox"/> あり	
	4 処遇改善に関する実績の報告	<input type="checkbox"/> あり	実績報告書
	5 前12月間に法令違反し、刑罰以上の処罰	<input type="checkbox"/> なし	
	6 労働保険料の納付	<input type="checkbox"/> 適正に納付	