

介護保健施設「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	看護又は介護職員 2人以上(40人以下は 1以上)	<input type="checkbox"/>	満たさない
	ユニット型・・・2ユニットごとに 1以上	<input type="checkbox"/>	満たさない
ユニットケア減算	日中常時 1名以上の介護又は看護職員の配置	<input type="checkbox"/>	未配置
	ユニットごとに常勤のユニットリーダーの配置	<input type="checkbox"/>	未配置
身体拘束廃止未実施減算	身体拘束等を行う場合の記録を行っていない	<input type="checkbox"/>	未整備
	身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を三月に一回以上開催していない。また、その結果について、介護職員その他の従業者に周知徹底を図っていない。	<input type="checkbox"/>	未実施
	身体的拘束等の適正化のための指針を整備していない。	<input type="checkbox"/>	未整備
	介護職員その他の従業者に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的実施していない。	<input type="checkbox"/>	未実施
夜勤職員配置加算	入所者数等の数が 41人以上の場合、夜勤を行う看護職員又は介護職員入所者等の数が 2名を超えて配置、かつ利用者等の数が 20又はその端数をますごとに 1以上配置 入所者数等の数が 40人以下の場合、夜勤を行う看護職員又は介護職員入所者等の数が 1名を超えて配置、かつ利用者等の数が 20又はその端数をますごとに 1以上配置	<input type="checkbox"/>	該当
短期集中リハビリテーション実施加算	入所(起算)日より 3月以内に実施	<input type="checkbox"/>	3月以内
	実施日	<input type="checkbox"/>	概ね週に 3回以上
	過去 3月以内に介護老人保健施設に入所していない	<input type="checkbox"/>	していない
認知症短期集中リハビリテーション実施加算	入所(起算)日より 3月以内に実施	<input type="checkbox"/>	3月以内
	1週の実施日	<input type="checkbox"/>	3回以内
	精神科医等により生活機能が改善されると判断された認知症患者	<input type="checkbox"/>	該当
	リハビリテーションマネジメントによる計画に基づき医師又は医師の指示を受けた理学療法士等により記憶の訓練、日常生活活動訓練等を組み合わせたプログラムを提供	<input type="checkbox"/>	実施
	1人の医師又はPT等が 1人に対して個別に 20分以上実施	<input type="checkbox"/>	実施

点検項目	点検事項	点検結果	
	リハビリテーションに関する記録の保管の有無	<input type="checkbox"/> あり	実施時間、訓練内容、訓練評価、担当者等リハビリに関する記録
	過去3月以内に当該施設に入所していない	<input type="checkbox"/> していない	
認知症ケア加算	認知症の利用者与其他の利用者とを区別している	<input type="checkbox"/> している	
	専ら認知症の利用者が利用する施設	<input type="checkbox"/> なっている	
	自立度判定基準Ⅲ、Ⅳ、Mに該当し、認知症専門棟での処遇が適当と医師が認めた者	<input type="checkbox"/> 該当	
	入所定員は40人を標準とする	<input type="checkbox"/> なっている	
	1割以上の個室を整備	<input type="checkbox"/> 整備	
	1人当たり2㎡のデイルームを整備	<input type="checkbox"/> 整備	
	家族に対する介護技術や知識提供のための30㎡以上の部屋の整備	<input type="checkbox"/> 整備	
	単位毎の入所者が10人を標準	<input type="checkbox"/> なっている	
	単位毎の固定した職員配置	<input type="checkbox"/> 配置	
	日中の利用者10人に対し常時1人以上の看護・介護職員の配置	<input type="checkbox"/> 配置	
夜間、深夜に利用者20人に対し1人以上の看護・介護職員の配置	<input type="checkbox"/> 配置		
	ユニット型でないこと	<input type="checkbox"/> ユニットでない	
若年性認知症入所者受入加算	若年性認知症利用者ごとに個別に担当者を定める	<input type="checkbox"/> 該当	
	利用者に応じた適切なサービス提供	<input type="checkbox"/> 実施	
外泊加算	外泊をした場合	<input type="checkbox"/> 6日以下	
	短期入所療養介護のベッドへの活用の有無	<input type="checkbox"/> なし	
外泊時在宅サービス利用加算	外泊をした場合	<input type="checkbox"/> 6日以下	
	外泊加算を算定しないこと	<input type="checkbox"/> 算定していない	

点検項目	点検事項	点検結果	
ターミナルケア加算	医師が医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断	<input type="checkbox"/>	該当
	入所者又はその家族等の同意を得てターミナルケアに係る計画が作成されている	<input type="checkbox"/>	該当
	医師、看護師、介護職員等が共同して入所者の状態又は家族の求め等に応じ随時、本人又は家族への説明を行い同意を得ている	<input type="checkbox"/>	該当
	ターミナルケアを直接行っている	<input type="checkbox"/>	該当
	入所していない月の自己負担がある場合、入所者側に文書にて同意を得ている	<input type="checkbox"/>	該当
	退所後も入所者の家族指導等を行っている	<input type="checkbox"/>	該当
	職員間の相談、家族の意思確認等の内容の記録	<input type="checkbox"/>	該当
	本人又は家族の意思確認等の内容の記録	<input type="checkbox"/>	該当
	本人又は家族が個室を希望する場合、意向に沿えるよう考慮し個室に移行した場合従来型個室の算定をする	<input type="checkbox"/>	該当
	退所した日の翌日から死亡日までの間は算定していない	<input type="checkbox"/>	該当
	介護保健施設サービス費（Ⅰ）若しくはユニット型介護保健施設サービス費（Ⅰ）	<input type="checkbox"/>	該当
	（１）死亡日以前４日以上３０日以内	<input type="checkbox"/>	１日160単位
	（２）死亡日の前日及び前々日	<input type="checkbox"/>	１日820単位
	（３）死亡日	<input type="checkbox"/>	１日1,650単位
	介護保健施設サービス費（Ⅱ）、介護保健施設サービス費（Ⅲ）、ユニット型介護保健施設サービス費（Ⅱ）若しくはユニット型介護保健施設サービス費（Ⅲ）	<input type="checkbox"/>	該当
	（１）死亡日以前４日以上３０日以内	<input type="checkbox"/>	１日160単位
（２）死亡日の前日及び前々日	<input type="checkbox"/>	１日850単位	
（３）死亡日	<input type="checkbox"/>	１日1,700単位	

点検項目	点検事項	点検結果	
特別療養費	指導管理等のうち日常的に必要な医療行為として実施	<input type="checkbox"/> あり	
療養体制維持特別加算 I	<p>転換を行う直前において、療養型介護療養施設サービス費（Ⅰ）、療養型経過型介護療養施設サービス費、ユニット型療養型介護療養施設サービス費、ユニット型療養型経過型介護療養施設サービス費、認知症疾患型介護療養施設サービス費（Ⅱ）又はユニット型認知症疾患型介護療養施設サービス費（Ⅱ）を算定する指定介護療養型医療施設を有する病院であった介護老人保健施設又は療養病床を有する病院（診療報酬の算定方法の別表第一医科診療報酬点数表に規定する療養病棟入院基本料1の施設基準に適合しているものとして当該病院が地方厚生局長等に届け出た病棟、基本診療料の施設基準等の一部を改正する件による改正前の基本診療料の施設基準等第五の三(2)イ②に規定する二十対一配置病棟又は新基本診療料の施設基準等による廃止前の基本診療料の施設基準等第五の三(2)ロ①2に規定する二十対一配置病棟を有するものに限る。）であった介護老人保健施設</p>	<input type="checkbox"/> 該当	
	<p>介護職員の数が常勤換算方法で、指定短期入所療養介護の利用者の数及び介護老人保健施設の入所者の合計数が4又はその端数を増すごとに1以上</p>	<input type="checkbox"/> 配置	
	<p>定員、人員基準に適合</p>	<input type="checkbox"/> あり	
療養体制維持特別加算 II	<p>算定日が属する月の前三月間における入所者等のうち、喀痰吸引又は経管栄養が実施された者の占める割合が百分の二十以上であること。</p>	<input type="checkbox"/> 該当	
	<p>算定日が属する月の前三月間における入所者等のうち、著しい精神症状、周辺症状又は重篤な身体疾患又は日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られ、専門医療を必要とする認知症高齢者の占める割合が百分の五十以上であること。</p>	<input type="checkbox"/> 該当	
在宅復帰・在宅療養支援機能加算 I	<p>「介護老人保健施設（基本型・在宅強化型）の基本施設サービス費及び在宅復帰・在宅療養支援機能加算に係る届出（別紙13）」の「5 在宅復帰・在宅療養支援に関する状況」のA～Jの各項目について算定した数が合計40以上であること。</p>	<input type="checkbox"/> 40以上	
	<p>地域に貢献する活動を行っていること</p>	<input type="checkbox"/> 該当	

点検項目	点検事項	点検結果	
	介護保健施設サービス費（Ⅰ）の介護保健施設サービス費（ⅰ）若しくは（ⅲ）又はユニット型介護保健施設サービス費（Ⅰ）のユニット型介護保健施設サービス費（ⅰ）若しくは（ⅲ）を算定しているものであること	<input type="checkbox"/> 算定している	
在宅復帰・在宅療養支援機能加算Ⅱ	「介護老人保健施設（基本型・在宅強化型）の基本施設サービス費及び在宅復帰・在宅療養支援機能加算に係る届出（別紙13）」の「5 在宅復帰・在宅療養支援に関する状況」のA～Jの各項目について算定した数が合計70以上であること	<input type="checkbox"/> 70以上	
	介護保健施設サービス費（Ⅰ）の介護保健施設サービス費（ⅱ）若しくは（ⅳ）又はユニット型介護保健施設サービス費（Ⅰ）のユニット型介護保健施設サービス費（ⅱ）若しくは（ⅳ）を算定しているものであること	<input type="checkbox"/> 算定している	
初期加算	入所した日から起算して30日以内	<input type="checkbox"/> 該当	
	算定期間中の外泊	<input type="checkbox"/> なし	
	過去3月以内の当該施設への入所（自立度判定基準によるⅢ、Ⅳ、Mの場合は1月以内）	<input type="checkbox"/> なし	
再入所時栄養連携加算	入所時に経口により食事摂取していた者が、医療機関に入院し、当該入院中に、経管栄養又は嚥下調整食の新規導入となった場合であって、当該者が退院した後、直ちに再度当該介護老人保健施設に入所した者	<input type="checkbox"/> 該当	
	当該医療機関の管理栄養士と連携して、二次入所後の栄養ケア計画を作成していること	<input type="checkbox"/> あり	
	当該栄養ケア計画について、二次入所後に入所者又はその家族の同意が得られていること	<input type="checkbox"/> あり	
	栄養マネジメント加算を算定していること	<input type="checkbox"/> 該当	
入所前後訪問指導加算（Ⅰ）（介護保健施設サービス費（Ⅰ）及びユニット型介護保健施設サービス費（Ⅰ））	入所期間が1月を超えると見込まれる者の入所予定日前30日以内又は入所後7日以内に当該者が退所後生活する居宅への訪問	<input type="checkbox"/> あり	

点検項目	点検事項	点検結果	
	退所を目的とした施設サービス計画の策定及び診療方針の決定	<input type="checkbox"/> あり	
入所前後訪問指導加算 (Ⅱ) (介護保健施設サービス費 (Ⅰ) 及びユニット型介護保健施設サービス費 (Ⅰ))	入所期間が1月を超えると見込まれる者の入所予定日前30日以内又は入所後7日以内に当該者が退所後生活する居宅への訪問	<input type="checkbox"/> あり	
	退所後の生活に係る支援計画を作成	<input type="checkbox"/> あり	
	退所を目的とした施設サービス計画の策定及び診療方針の決定	<input type="checkbox"/> あり	
試行的退所時指導加算	入所期間が1月以上の者が居宅に試行的に退所する場合、退所時に入所者及び家族に対し退所後の療養上の指導を実施(3月間限り)	<input type="checkbox"/> 満たす	
	医師、薬剤師(配置されている場合に限る)、看護・介護職員、支援相談員、介護支援相談員等により居宅で療養継続可能であるか検討している。	<input type="checkbox"/> 満たす	
	入所者又は家族に趣旨を説明し同意を得ている	<input type="checkbox"/> 満たす	

点検項目	点検事項	点検結果	
	退所中の入所者の状況を把握している場合、外泊時加算算定可能	<input type="checkbox"/> 満たす	
	外泊時加算を算定していない場合、退所期間中入所者の同意があればベッド使用可能	<input type="checkbox"/> 満たす	
	試行的退所期間中、居宅サービス、地域密着型サービス、介護予防サービス等の利用はしていない	<input type="checkbox"/> 満たす	
	試行的退所期間終了後居宅に退所できない場合、療養が続けられない理由等分析し、問題解決に向けたリハビリ等の施設サービス計画を変更している	<input type="checkbox"/> 満たす	
	退所の理由が病院、診療所、他の介護保険施設への入院・入所、死亡ではない	<input type="checkbox"/> 満たす	
	入所者及びその家族等のいずれにも指導を行うこと。 指導日、指導内容の記録の整備	<input type="checkbox"/> 満たす <input type="checkbox"/> 満たす	診療録等
退所時情報提供加算	入所期間が1月以上	<input type="checkbox"/> 満たす	
	本人の同意を得て主事の医師に対し、診療状況を示す文書を添えて紹介を行う	<input type="checkbox"/> 実施	診療状況を示す文書(様式あり)
	退所の理由が病院、診療所、他の介護保険施設への入院・入所、死亡ではない	<input type="checkbox"/> 満たす	
退所前連携加算	入所期間が1月以上(見込みを含む)	<input type="checkbox"/> 満たす	
	退所に先だって居宅介護支援事業者に対し、利用者の同意を得て介護状況を示す文書による情報提供をし、かつ、居宅サービス等の利用に関する調整を実施	<input type="checkbox"/> 満たす	
	退所の理由が病院、診療所、他の介護保険施設への入院・入所、死亡ではない	<input type="checkbox"/> 満たす	
	連携を行った日、内容に関する記録の整備	<input type="checkbox"/> 満たす	指導記録等
訪問看護指示加算	施設の医師が診療に基づき指定訪問看護、指定期巡回・随時対応型訪問介護看護(訪問看護サービスを行う場合に限る。)又は指定複合型サービス(看護サービスを行う場合に限る。)が必要であると認めた場合	<input type="checkbox"/> 満たす	

点検項目	点検事項	点検結果	
	本人の同意を得て訪問看護指示書を交付	<input type="checkbox"/> 交付	訪問看護指示書(様式あり)
	指示書の写しの診療録添付の有無	<input type="checkbox"/> あり	診療録等
栄養マネジメント加算	常勤管理栄養士1名以上配置	<input type="checkbox"/> 配置	
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> あり	
	医師、管理栄養士等多職種協働で栄養ケア計画の作成	<input type="checkbox"/> あり	栄養ケア計画(参考様式)
	入所者又は家族等に計画を説明し、同意を得る	<input type="checkbox"/> あり	
	計画に基づく栄養管理及び栄養状態を定期的に記録	<input type="checkbox"/>	栄養ケア提供経過記録 (参考様式)
	計画の進捗状況を定期的に評価、見直し(リスク高)	<input type="checkbox"/> 2週間毎に実施	栄養ケアモニタリング(参考様式)
	計画の進捗状況を定期的に評価、見直し(リスク低)	<input type="checkbox"/> 3月毎に実施	栄養ケアモニタリング(参考様式)
	栄養状態の把握(体重測定等)	<input type="checkbox"/> 1回/月実施	
	栄養スクリーニングの実施	<input type="checkbox"/> 3月毎に実施	
経口移行加算	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> あり	
	経口による食事摂取のための栄養管理が必要と医師の指示を受けている	<input type="checkbox"/> 受けている	
	誤嚥性肺炎防止のためのチェック	<input type="checkbox"/> あり	
	医師、管理栄養士等多職種協働で経口移行計画の作成	<input type="checkbox"/> あり	経口移行計画(参考様式)
	計画を入所者又は家族に説明し、同意を得る	<input type="checkbox"/> あり	
	計画に基づく栄養管理の実施	<input type="checkbox"/> 実施	
	計画作成日から起算して180日以内	<input type="checkbox"/> 180日以内	
	180日を超える場合の医師の指示の有無	<input type="checkbox"/> あり	

点検項目	点検事項	点検結果	
	180日を超えて算定する場合の定期的な医師の指示	<input type="checkbox"/>	2週間毎に実施
	栄養マネジメント加算を算定している	<input type="checkbox"/>	算定している
低栄養リスク改善加算	<p>原則として、施設入所時に行った栄養スクリーニングにより、低栄養状態の高リスク者に該当する者であって、低栄養状態の改善等のための栄養管理が必要であるとして、医師又は歯科医師の指示を受けたものを対象とすること。</p> <p>月1回以上、医師、歯科医師、管理栄養士、看護師、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、入所者の栄養管理をするための会議を行い、低栄養状態の改善等を行うための栄養管理方法等を示した計画を作成すること。また、当該計画については、低栄養状態の改善等を行うための栄養管理の対象となる入所者又はその家族に説明し、その同意を得ること。</p> <p>当該計画に基づき、管理栄養士等は対象となる入所者に対し食事の観察を週5回以上行い、当該入所者ごとの栄養状態、嗜好等を踏まえた食事の調整等を実施すること。</p> <p>低栄養状態の改善等のための栄養管理が、入所者又はその家族の同意を得られた月から起算して、6月を超えて実施される場合でも、低栄養状態リスクの改善が認められない場合であって、医師又は歯科医師の指示に基づき、継続して低栄養状態の改善等のための栄養管理が必要とされる場合にあつては、引き続き当該加算を算定できるものとする。</p> <p>褥瘡を有する場合であつて、褥瘡マネジメント加算を算定している場合は、低栄養リスク改善加算は算定していないこと。</p>	<input type="checkbox"/>	該当
		<input type="checkbox"/>	該当
		<input type="checkbox"/>	実施
		<input type="checkbox"/>	算定できる
		<input type="checkbox"/>	算定していない

点検項目	点検事項	点検結果	
経口維持加算Ⅰ	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> あり	
	摂食機能障害を有し誤嚥が認められ経口による食事摂取のための管理が必要と医師又は歯科医師の指示を受けている	<input type="checkbox"/> 受けている	
	誤嚥等が発生した場合の管理体制が整備されている	<input type="checkbox"/> されている	
	食形態の配慮等誤嚥防止のための適切な配慮の有無	<input type="checkbox"/> あり	
	医師、歯科医師等多職種協働で経口維持計画の作成	<input type="checkbox"/> あり	経口維持計画（参考様式）
	計画を入所者又は家族に説明し、同意を得る	<input type="checkbox"/> あり	
	計画に基づく栄養管理の実施	<input type="checkbox"/> 実施	
	計画作成日の属する月から起算して6月以内	<input type="checkbox"/> 6月以内	
	6月を超える場合の医師又は歯科医師の指示及び入所者の同意の有無	<input type="checkbox"/> あり	
	6月を超えて算定する場合の定期的な医師又は歯科医師の指示	<input type="checkbox"/> 1月毎に実施	
	経口移行加算を算定していない	<input type="checkbox"/> 算定していない	
栄養マネジメント加算を算定している	<input type="checkbox"/> 算定している		
経口維持加算Ⅱ	協力歯科医療機関を定めている	<input type="checkbox"/> 定めている	
	経口維持加算Ⅰを算定している	<input type="checkbox"/> 算定している	
	食事の観察及び会議等に、医師（介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準第2条第1項に規定する医師を除く。）、歯科医師、歯科衛生士又は言語聴覚士が参加している。	<input type="checkbox"/> 参加している	

点検項目	点検事項	点検結果	
口腔衛生管理体制加算	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> あり	
	歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に（口腔ケアにかかる）助言、指導を行う	<input type="checkbox"/> 月1回以上	
	助言、指導に基づいた口腔ケア・マネジメントに係る計画の作成	<input type="checkbox"/> 該当	
	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"/> 該当	
	口腔ケア・マネジメント計画には口腔ケアを推進するための課題目標、具体的対策、留意事項等必要な事項が記載されている	<input type="checkbox"/> 該当	
口腔衛生管理加算	歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、入所者に口腔ケアを行う	<input type="checkbox"/> 月2回以上	
	歯科衛生士が、入所者に係る口腔ケアについて、介護職員に対し、具体的な技術的助言及び指導を行っている	<input type="checkbox"/> あり	
	歯科衛生士が、入所者の口腔に関する介護職員からの相談等に必要に応じて対応している	<input type="checkbox"/> あり	
	助言、指導に基づいた口腔ケア・マネジメントに係る計画の作成	<input type="checkbox"/> 該当	
	サービス実施月において医療保険による訪問歯科衛生指導の実施の有無を入所者又は家族等に確認している。	<input type="checkbox"/> 確認している	
	入所者又は家族等への説明、同意	<input type="checkbox"/> あり	
	口腔に関する問題点、歯科医師からの指示内容の要点、口腔ケアの方法、その他必要な事項の記録が作成され保管されている	<input type="checkbox"/> 該当	実施記録
	実施記録の写しを入所者へ提供	<input type="checkbox"/> あり	
	口腔衛生管理体制加算が算定されている	<input type="checkbox"/> 算定されている	

点検項目	点検事項	点検結果	
療養食加算	管理栄養士又は栄養士による食事提供の管理の実施	<input type="checkbox"/> あり	
	利用者の状況により適切な栄養量及び内容の食事提供を実施	<input type="checkbox"/> あり	
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> あり	
	疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事せんに基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する糖尿病食、腎臓病食、肝臓病食、胃潰瘍食、貧血食、膵臓病食、高脂血症食、痛風食及び特別な場合の検査食の提供	<input type="checkbox"/> あり	
	療養食の献立の作成の有無	<input type="checkbox"/> あり	療養食献立表
在宅復帰支援機能加算 (介護保健施設サービス費(Ⅱ)若しくは(Ⅲ)又はユニット型介護保健施設サービス費(Ⅱ)若しくは(Ⅲ))	算定日の属する月の前6月間の退所者(在宅・入所相互利用加算対象者を除く。)総数のうち在宅で介護を受けることとなった者(入所期間1月超)の割合が3割超	<input type="checkbox"/> 該当	
	退院日から30日以内に居宅を訪問すること又は指定居宅介護支援事業者から情報提供を受けることにより、在宅生活が1月以上継続することの確認、記録の実施	<input type="checkbox"/> あり	
	入所者の家族との連絡調整の実施	<input type="checkbox"/> あり	
	入所者が希望する居宅介護支援事業者に対し、必要な情報提供、退所後の利用サービス調整の実施	<input type="checkbox"/> あり	介護状況を示す文書
	算定根拠等の関係書類の整備の有無	<input type="checkbox"/> あり	
かかりつけ医連携薬剤調整加算	6種類以上の内服薬が処方されており、当該処方の内容を介護老人保健施設の医師と当該入所者の主治の医師が共同し、総合的に評価及び調整し、当該入所者に処方する内服薬を減少させることについて当該介護老人保健施設の医師と当該主治の医師が合意している者	<input type="checkbox"/> 該当	
	当該合意された内容に基づき、介護老人保健施設の医師が、当該入所者に処方する内服薬について、入所時に処方されていた内服薬の種類に比べ1種類以上減少させた者	<input type="checkbox"/> 該当	
	退所時において処方されている内服薬の種類が、入所時に比べ1種類以上減少している者	<input type="checkbox"/> 該当	
	当該入所者に処方する内服薬の減少について、退所時又は退所後1月以内に当該入所者の主治の医師に報告し、その内容を診療録に記載	<input type="checkbox"/> あり	

点検項目	点検事項	点検結果	
緊急時治療管理	3日を限度に算定	<input type="checkbox"/> 3日以内	
	同一の利用者について月に1回まで算定	<input type="checkbox"/> 1回以下	
特定治療	診療報酬の算定方法（平成20年厚生労働省告示第59号）別表第一医科診療報酬点数表第1章及び第2章において、高齢者の医療の確保に関する法律第64条第3項に規定する保険医療機関等が行った場合に点数が算定されるリハビリテーション、処置、手術、麻酔又は放射線治療を実施	<input type="checkbox"/> あり	
所定疾患施設療養費Ⅰ	肺炎の者、尿路感染症の者若しくは帯状疱疹の者（抗ウイルス剤の点滴注射を必要とする者に限る。）がいる	<input type="checkbox"/> あり（1回に連続する7日を限度（月1回））	
	診断、診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置等の内容等を診療録に記載	<input type="checkbox"/> あり（1回に連続する7日を限度（月1回））	
	治療の実施状況の公表	<input type="checkbox"/> あり	
所定疾患施設療養費Ⅱ	診断、診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置等の内容等を診療録に記載	<input type="checkbox"/> あり（1回に連続する7日を限度（月1回））	
	治療の実施状況の公表	<input type="checkbox"/> あり	
	介護老人保健施設の医師が感染症対策に関する研修を受講していること	<input type="checkbox"/> 受講している	
認知症専門ケア加算Ⅰ	入所者総数のうち介護を必要とする認知症者の対象者（日常生活自立度ランクⅢ以上の者である）の割合が5割以上	<input type="checkbox"/> 該当	
	専門的な研修修了者を、対象者の数が20人未満の場合は1人以上、対象者が20人以上の場合は、1に当該対象者が19名を超えて10又はその端数を増すごとに1を加えた人数を配置し、チームとしての専門的な認知症ケアの実施	<input type="checkbox"/> 該当	
	留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議を定期的実施	<input type="checkbox"/> 該当	

点検項目	点検事項	点検結果	
認知症専門ケア加算Ⅱ	入所者総数のうち介護を必要とする認知症者の対象者（日常生活自立度ランクⅢ以上の者である）の割合が5割以上	<input type="checkbox"/> 該当	
	専門的な研修修了者を、対象者の数が20人未満の場合は1人以上、対象者が20人以上の場合は、1に当該対象者が19名を超えて10又はその端数を増すごとに1を加えた人数を配置し、チームとしての専門的な認知症ケアの実施	<input type="checkbox"/> 該当	
	留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議を定期的に実施	<input type="checkbox"/> 該当	
	専門的な研修修了者を1名以上配置し、事業所又は施設全体の認知症ケアの指導等を実施	<input type="checkbox"/> 該当	
	介護職員、看護職員毎の研修計画の作成、実施	<input type="checkbox"/> 該当	
認知症行動・心理症状緊急対応加算	利用者又は家族の同意	<input type="checkbox"/> あり	
	退所に向けた施設サービス計画の策定	<input type="checkbox"/> あり	
	判断した医師名、日付及び利用開始に当たっての留意事項等の記録	<input type="checkbox"/> あり	
	入所者が入所前一月の間に当該施設に入所したことがない又は過去一月の間に当該加算を算定したことがない	<input type="checkbox"/> 該当	
認知症情報提供加算	入所者又は家族の同意	<input type="checkbox"/> あり	
	入所者の診療状況を示す文章を添えて紹介	<input type="checkbox"/> あり	
地域連携診療計画情報提供加算	保険医療機関が地域連携診療計画に基づいて作成した診療計画に基づき、入所者の治療等を実施	<input type="checkbox"/> あり	
	入所者の同意を得た上で退院した日の属する月の翌月までに、地域連携診療計画管理料を算定する病院に当該入所者に係る診療情報を文書により提供	<input type="checkbox"/> あり	
	地域連携診療計画を施設および連携保険医療機関と共有	<input type="checkbox"/> されている	

点検項目	点検事項	点検結果		
	内容、開催日等必要な事項について診療録等への記載	<input type="checkbox"/>	あり	診療録等
褥瘡マネジメント加算	入所者ごとに褥瘡の発生と関連のあるリスクについて、施設入所時に評価するとともに、少なくとも三月に一回、評価を行い、その評価結果を厚生労働省に報告している	<input type="checkbox"/>	該当	
	評価の結果、褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者ごとに、医師、看護師、介護職員、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、褥瘡管理に関する褥瘡ケア計画を作成している	<input type="checkbox"/>	該当	
	入所者ごとの褥瘡ケア計画に従い褥瘡管理を実施するとともに、その管理の内容や入所者の状態について定期的に記録している	<input type="checkbox"/>	該当	
	評価に基づき、少なくとも三月に一回、入所者ごとに褥瘡ケア計画を見直している	<input type="checkbox"/>	該当	
排せつ支援加算	排せつに介護を要する入所者がいる	<input type="checkbox"/>	該当	
	医師、看護師、介護支援専門員その他の職種が共同して、当該入所者が排せつに介護を要する原因を分析し、それに基づいた支援計画を作成している	<input type="checkbox"/>	該当	
	当該支援計画に基づく支援を継続して実施している	<input type="checkbox"/>	実施	
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）イ	介護職員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	介護職員のうち介護福祉士の数5割以上	<input type="checkbox"/>	該当	
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/>	該当	
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	看護・介護職員のうち常勤職員7割5分以上	<input type="checkbox"/>	該当	
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/>	該当	
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	直接処遇職員のうち勤続年数3年以上の職員3割以上	<input type="checkbox"/>	該当	
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/>	該当	

点検項目	点検事項	点検結果	
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	介護職員処遇改善計画書
	2 改善計画書の作成、周知、届出	<input type="checkbox"/> あり	介護職員処遇改善計画書
	3 賃金改善の実施	<input type="checkbox"/> あり	
	4 処遇改善に関する実績の報告	<input type="checkbox"/> あり	実績報告書
	5 前12月間に法令違反し、罰金以上の刑	<input type="checkbox"/> なし	
	6 労働保険料の納付	<input type="checkbox"/> 適正に納付	
	7 次の(一)、(二)のいずれにも適合	<input type="checkbox"/>	
	(一)任用の際の職責又は職務内容等の要件を書面で作成し、全ての介護職員に周知	<input type="checkbox"/> あり	
	(二)資質の向上の支援に関する計画の策定、研修の実施又は研修の機会の確保し、全ての介護職員に周知	<input type="checkbox"/> あり	研修計画書
8 処遇改善の内容（賃金改善を除く）及び処遇改善に要した費用を全ての職員に周知	<input type="checkbox"/> あり		
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	介護職員処遇改善計画書
	2 改善計画書の作成、周知、届出	<input type="checkbox"/> あり	介護職員処遇改善計画書
	3 賃金改善の実施	<input type="checkbox"/> あり	
	4 処遇改善に関する実績の報告	<input type="checkbox"/> あり	実績報告書
	5 前12月間に法令違反し、罰金以上の刑	<input type="checkbox"/> なし	
	6 労働保険料の納付	<input type="checkbox"/> 適正に納付	
	7 次の(一)、(二)のいずれかに適合	<input type="checkbox"/>	
	(一)任用の際の職責又は職務内容等の要件を書面で作成し、全ての介護職員に周知	<input type="checkbox"/> あり	
	(二)資質の向上の支援に関する計画の策定、研修の実施又は研修の機会確保し、全ての介護職員に周知	<input type="checkbox"/> あり	研修計画書
8 処遇改善の内容（賃金改善を除く）及び処遇改善に要した費用を全ての職員に周知	<input type="checkbox"/> あり		

点検項目	点検事項	点検結果	
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	介護職員処遇改善計画書
	2 改善計画書の作成、周知、届出	<input type="checkbox"/> あり	介護職員処遇改善計画書
	3 賃金改善の実施	<input type="checkbox"/> あり	
	4 処遇改善に関する実績の報告	<input type="checkbox"/> あり	実績報告書
	5 前12月間に法令違反し、罰金以上の刑	<input type="checkbox"/> なし	
	6 労働保険料の納付	<input type="checkbox"/> 適正に納付	
	7 次の(一)、(二)、(三)のいずれかに適合		
	(一)任用の際の職責又は職務内容等の要件を書面で作成し、全ての介護職員に周知	<input type="checkbox"/> あり	
	(二)資質の向上の支援に関する計画の策定、研修の実施又は研修の機会を確保し、全ての介護職員に周知	<input type="checkbox"/> あり	研修計画書
	(三)処遇改善の内容（賃金改善を除く）及び処遇改善に要した費用を全ての職員に周知	<input type="checkbox"/> あり	
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、刑罰以上の刑	<input type="checkbox"/> なし	
	6 労働保険料の納付	<input type="checkbox"/> 適正に納付	