

304 介護医療院サービス

| 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | |
|-----------------------|---|--------------------------------|--|
| 夜勤減算 | 利用者の合計数が30又はその端数を増す毎に1(ただし2人以上) | <input type="checkbox"/> 満たさない | |
| | 看護職員の数が1以上 | <input type="checkbox"/> 満たさない | |
| | ユニット型・・・2ユニットごとに1以上 | <input type="checkbox"/> 満たさない | |
| ユニットケア減算 | 日中常時1名以上の介護又は看護職員の配置 | <input type="checkbox"/> 未配置 | |
| | ユニットごとに常勤のユニットリーダーの配置 | <input type="checkbox"/> 未配置 | |
| 身体拘束廃止未実施減算 | 身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の入院患者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録 | <input type="checkbox"/> 未実施 | |
| | 身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を3月に1回以上開催するとともに、その結果について、介護職員その他の従業者に周知徹底を図る | <input type="checkbox"/> 未実施 | |
| | 身体的拘束等の適正化のための指針を整備 | <input type="checkbox"/> 未実施 | |
| | 介護職員その他の従業者に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的実施 | <input type="checkbox"/> 未実施 | |
| 安全管理未実施減算 | 介護医療院基準第40条第1項に規定する基準に適合 | <input type="checkbox"/> 非該当 | |
| 栄養管理について基準を満たさない場合の減算 | 100床以上の場合、栄養士又は管理栄養士を1名以上配置 | <input type="checkbox"/> 非配置 | |
| | 各入所者の状態に応じて、計画的に栄養管理を行っていない | <input type="checkbox"/> 満たさない | |

| 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | |
|----------|---------------------------|--------------------------------|--|
| 療養環境減算Ⅰ | 廊下幅1.8m(両側に居室の場合2.7.m)未満 | <input type="checkbox"/> 満たさない | |
| 療養環境減算Ⅱ | 療養室の床面積の合計を入所者定員で除した数が8以下 | <input type="checkbox"/> 満たさない | |
| 夜間勤務等看護Ⅰ | 看護職員が15:1、2人以上配置 | <input type="checkbox"/> 満たす | |
| 夜間勤務等看護Ⅱ | 看護職員が20:1、2人以上配置 | <input type="checkbox"/> 満たす | |
| 夜間勤務等看護Ⅲ | 看護・介護職員が15:1、2人以上配置 | <input type="checkbox"/> 満たす | |
| | 看護職員の数が1以上 | <input type="checkbox"/> 満たす | |
| 夜間勤務等看護Ⅳ | 看護・介護職員が20:1、2人以上配置 | <input type="checkbox"/> 満たす | |
| | 看護職員の数が1以上 | <input type="checkbox"/> 満たす | |

| 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | |
|--|--|-------------------------------|--|
| 若年性認知症利用者受入 加算 | 若年性認知症利用者ごとに個別に担当者定める | <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 | |
| 外泊時費用 | 外泊をした場合 | <input type="checkbox"/> 6日以下 | |
| | 当該入所者が使用していたベッドを空けておくこと | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| 試行的退所サービス費 | 退所が見込まれる者が試行的に退所した場合（1月の算定日） | <input type="checkbox"/> 6日以内 | |
| | 外泊時費用を算定していない | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | 医師、薬剤師（配置される場合に限る）、看護、介護職員、支援相談員、介護支援専門員等により居宅において療養を継続する可能性があるかの検討をしている | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | 入所者又は家族に趣旨を説明し、同意を得ている | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | 従業者又は居宅サービス事業者等との連絡調整をした上で介護支援専門員が試行的退所サービスに係る計画を作成している | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | 算定期間中、計画に基づく適切な居宅サービスを提供している | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | 試行的退所サービス期間中ベッドを活用している場合利用者からの同意がある。 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| 居宅に退所できない場合、療養できない理由等を分析し問題解決に向けた施設サービス計画の変更の支援をしている | <input type="checkbox"/> 該当 | | |

| 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | |
|------------|--|-------------------------------|------|
| 他科受診時費用 | 専門的な診療が必要となり、他の病院等で診療が行われた場合 | <input type="checkbox"/> あり | |
| | 1月の算定日 | <input type="checkbox"/> 4日以内 | |
| | 他医療機関が特別の関係にない | <input type="checkbox"/> ない | |
| 初期加算 | 入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、Ⅴ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を摂取した者が、医療機関に入院し、入院中に経管栄養又は嚥下調整食を新規導入の場合 | <input type="checkbox"/> 満たす | |
| | 介護医療院の管理栄養士が入院する医療機関を訪問の上、当該医療機関での栄養に関する指導又はカンファレンスに同席(テレビ電話装置等の活用可)し、医療機関の管理栄養士と連携して2次入所後の栄養計画を作成する | <input type="checkbox"/> 満たす | |
| | 栄養ケア計画について家族の同意が得られている | <input type="checkbox"/> 満たす | |
| 退所前訪問指導加算 | 入院期間が1月以上を見込む | <input type="checkbox"/> 満たす | |
| | 退所後生活する居宅を訪問し、入所者及び家族に対し療養上の指導を実施(2回を限度) | <input type="checkbox"/> 満たす | |
| | 退所の理由が病院、診療所、他の介護保険施設への入院・入所、死亡ではない | <input type="checkbox"/> 満たす | |
| | 指導日、指導内容の記録の整備 | <input type="checkbox"/> 満たす | 診療録等 |

| 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | |
|-----------|--|------------------------------|-----------------|
| 退所後訪問指導加算 | 退所後30日以内に入所者及び家族等に対し療養上の指導を実施 | <input type="checkbox"/> 満たす | |
| | 退所の理由が病院、診療所、他の介護保険施設への入院・入所、死亡ではない | <input type="checkbox"/> 満たす | |
| | 指導日、指導内容の記録の整備 | <input type="checkbox"/> 満たす | 診療録等 |
| 退所時指導加算 | 入所期間が1月以上 | <input type="checkbox"/> 満たす | |
| | 退所時に入所者及び家族に対し退所後の療養上の指導を実施 | <input type="checkbox"/> 満たす | |
| | 退所の理由が病院、診療所、他の介護保険施設への入院・入所、死亡ではない | <input type="checkbox"/> 満たす | |
| | 指導日、指導内容の記録の整備 | <input type="checkbox"/> 満たす | 診療録等 |
| 退所時情報提供加算 | 入所期間が1月以上 | <input type="checkbox"/> 満たす | |
| | 本人の同意を得て主治の医師に対し、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 | <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、入所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 |

| 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | |
|----------------------|--|--------------------------------|-----------------------------|
| 訪問看護指示加算 | 介護医療院の医師が診療に基づき指定訪問看護等の利用が必要であると認めた場合 | <input type="checkbox"/> 満たす | |
| | 本人の同意を得て訪問看護指示書を交付 | <input type="checkbox"/> 交付 | 訪問看護指示書(様式あり) |
| | 指示書の写しを診療録添付に有無 | <input type="checkbox"/> あり | 診療録等 |
| 栄養マネジメント強化加算 | 管理栄養士を常勤換算方法で、入所者の数を50で除して得た数以上配置。ただし、常勤の栄養士を1名以上配置し、当該栄養士が給食管理を行っている場合にあっては、管理栄養士を常勤換算方法で、入所者の数を70で除して得た数以上配置 | <input type="checkbox"/> 配置 | |
| | 低栄養状態のリスクが中リスク及び高リスクに該当する入所者に対して、以下の対応を行う | | |
| | イ. 栄養ケア計画に低栄養状態の改善を行うための栄養管理方法や食事の観察の際に特に確認すべき点等を示す | <input type="checkbox"/> 示している | |
| | ロ. 食事の観察を週3回以上実施 | <input type="checkbox"/> 実施 | |
| | ハ. 食事の観察の際に、問題が見られた場合、速やかに関連職種と情報共有し、必要に応じて栄養ケア計画を見直し、見直し後の計画に基づき、対応 | <input type="checkbox"/> あり | |
| | ニ. 居宅での生活に移行する場合は、入所者又はその家族に対し、管理栄養士が退所後の食事に関する相談支援を行う | <input type="checkbox"/> あり | |
| | ホ. 医療機関に入院する場合は、入所者の栄養管理に関する情報を入院先へ提供 | <input type="checkbox"/> あり | |
| | 低栄養状態にある入所者又は低栄養状態のおそれのある入所者以外の入所者に対しても、食事の観察の際に変化を把握し、問題があると認められる場合は、早期に対応 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | 入所者ごとの栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し、継続的な栄養管理の実施に当たって、当該情報その他継続的な栄養管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用 | <input type="checkbox"/> あり | |
| | 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 | |
| | 経口移行加算 | 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 |
| 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 | |

| 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | |
|------|------------------------------------|----------------------------------|--|
| | 計画作成日から起算して180日以内 | <input type="checkbox"/> 180日以内 | |
| | 180日を超える場合の医師の指示の有無 | <input type="checkbox"/> あり | |
| | 180日を超えて算定する場合の定期的な医師の指示 | <input type="checkbox"/> 2週間毎に実施 | |
| | 栄養管理について、別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合の減算 | <input type="checkbox"/> 非該当 | |

| 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をし、必要に応じて見直しを実施 | <input type="checkbox"/> あり | 経口維持計画（参考様式） |
| | 計画を入所者又は家族に説明し、同意を得る | <input type="checkbox"/> あり | |
| | 計画に基づく栄養管理の実施 | <input type="checkbox"/> 実施 | |
| | 栄養管理について、別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合の減算 | <input type="checkbox"/> 非該当 | |
| 経口維持加算Ⅱ | 経口移行加算を算定していない | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | 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（介護医療院の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準第4条第1項第一号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 | |
| 口腔衛生管理加算（Ⅰ） | 栄養管理について、別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合の減算 | <input type="checkbox"/> 非該当 | |
| | 経口移行加算を算定していない | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | 歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士の技術的助言及び指導に基づき、入所者の口腔衛生等の管理に係る計画を作成 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | 歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、入所者に対して口腔衛生の管理を実施している | <input type="checkbox"/> 月2回以上 | |
| | サービス実施月において医療保険による訪問歯科衛生指導の実施の有無を入所者又は家族等に確認している | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | 当該サービスについて説明し、サービス提供に関する同意を得ている | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| 口腔衛生管理加算（Ⅱ） | 口腔衛生管理に関する実施記録を作成し保管するとともに、必要に応じてその写しを入所者にも提供 | <input type="checkbox"/> 該当 | 実施記録 |
| | 口腔衛生管理加算（Ⅱ）が算定されていない | <input type="checkbox"/> 該当 | |

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

| 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | |
|-----------------------|---|-------------------------------|-----------|
| 療養食加算 | 管理栄養士又は栄養士による食事提供の管理の実施 | <input type="checkbox"/> あり | |
| | 入所者の状況により適切な栄養量及び内容の食事提供を実施 | <input type="checkbox"/> あり | |
| | 定員、人員基準に適合 | <input type="checkbox"/> あり | |
| | 疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事せんに基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する糖尿病食、腎臓病食、肝臓病食、胃潰瘍食、貧血食、脾臓病食、高脂血症食、痛風食及び特別な場合の検査食の提供 | <input type="checkbox"/> あり | |
| | 療養食の献立の作成の有無 | <input type="checkbox"/> あり | 療養食献立表 |
| 在宅復帰支援機能加算 | 算定日の属する月の前6月間の退所者総数のうち在宅で介護を受けることとなった者(入院期間1月超)の割合が3割超 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | 退院日から30日以内に居宅を訪問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月以上継続する見込みであることの確認、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 | |
| | 入所者が利用を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 | |
| 緊急時施設診療費 (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 | |

| 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | |
|----------------|--|-----------------------------|--|
| 緊急時施設診療費（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 | |
| 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2分の1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を加えた人数を配置し、チームとしての専門的な認知症ケアの実施 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | 留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議を定期的実施 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | 認知症専門ケア加算（Ⅱ）を算定していない | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| 認知症専門ケア加算Ⅱ | 入所者総数のうち介護を必要とする認知症者の対象者（日常生活自立度ランクⅢ以上の者である）の割合が5割以上 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | 専門的な研修修了者を、対象者の数が20人未満の場合は1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を加えた人数を配置し、チームとしての専門的な認知症ケアの実施 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | 留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議を定期的実施 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | 専門的な研修修了者を1名以上配置し、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 | |
| | 認知症専門ケア加算（Ⅰ）を算定していない | <input type="checkbox"/> 該当 | |

| 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | |
|------------------|--|-----------------------------|-----------|
| 認知症行動・心理症状緊急対応加算 | 入所者又は家族の同意 | <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 | 介護サービス計画書 |
| | 入所者が入所前1月の間に当該施設に入所したことがない又は過去1月の間に当該加算を算定したことがない | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| 重度認知症疾患療養体制加算（Ⅰ） | 入所者等がすべて認知症の者 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | 届出の前3月において日常生活に支障を来すおそれがある等から介護を必要とする認知症の者の割合が5割以上 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | 看護職員が常勤換算法で4:1 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | 精神保健福祉士等1名及び理学療法士等のいずれか1名配置 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | 前3か月で身体拘束未実施減算の対象となっていない | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | 医師の週4回以上の訪問 | <input type="checkbox"/> 該当 | |

| 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | |
|------------------|---|-----------------------------|-------------------------|
| 重度認知症疾患療養体制加算（Ⅱ） | 入所者等がすべて認知症の者 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | 60m ² 以上の生活機能訓練室 | <input type="checkbox"/> あり | |
| | 届出の前3月において日常生活に支障を来すおそれがある等から介護を必要とする認知症の者の割合が5割以上 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | 看護職員が常勤換算法で4:1 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | 精神保健福祉士等1名及び理学療法士等のいずれか1名配置 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | 前3ヶ月で身体拘束未実施減算の対象となっていない | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | 医師の週4回以上の訪問 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| 排せつ支援加算（Ⅰ） | 支援開始日の属する月から6月以内 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | 入所者ごとに、要介護状態の軽減の見込みについて、医師又は医師と連携した看護師が施設入所時に評価し、その後少なくとも6月に1回評価 | <input type="checkbox"/> 実施 | |
| | 評価結果等の情報を厚生労働省（LIFE）に提出し、排せつ支援の実施に当たって、当該情報その他排せつ支援の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用 | <input type="checkbox"/> 実施 | |
| | 評価の結果、排せつに介護を要する入所者であって、適切な対応を行うことにより、要介護状態の軽減が見込まれるものについて、医師、看護師、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、当該入所者が排せつに介護を要する原因を分析し、それに基づいた支援計画を作成し、当該支援計画に基づ | <input type="checkbox"/> 実施 | 排せつの状態に関するスクリーニング・支援計画書 |
| | 評価に基づき、少なくとも3月に1回、入所者又は利用者ごとに支援計画を見直す | <input type="checkbox"/> 実施 | |
| | 排せつ支援加算（Ⅱ）又は（Ⅲ）を算定していない | <input type="checkbox"/> 該当 | |

| 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | |
|-------------------------|---|-----------------------------|-------------------------|
| 排せつ支援加算（Ⅱ） | 入所者ごとに、要介護状態の軽減の見込みについて、医師又は医師と連携した看護師が施設入所時に評価し、その後少なくとも6月に1回評価 | <input type="checkbox"/> 実施 | 排せつの状態に関するスクリーニング・支援計画書 |
| | 評価結果等の情報を厚生労働省（LIFE）に提出し、排せつ支援の実施に当たって、当該情報その他排せつ支援の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用 | <input type="checkbox"/> 実施 | |
| | 評価の結果、排せつに介護を要する入所者であって、適切な対応を行うことにより、要介護状態の軽減が見込まれるものについて、医師、看護師、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、当該入所者が排せつに介護を要する原因を分析し、それに基づいた支援計画を作成し、当該支援計画に基づく支援を継続して実施 | <input type="checkbox"/> 実施 | |
| | 評価に基づき、少なくとも3月に1回、入所者又は利用者ごとに支援計画を見直す | <input type="checkbox"/> 実施 | |
| | 次の（１）、（２）のいずれかに適合 | | |
| | （１）評価の結果、施設入所時と比較して、排尿又は排便の状態の少なくとも一方が改善するとともにいずれにも悪化がない | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | （２）評価の結果、施設入所時におむつを使用していた者について、おむつを使用しなくなった | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| 排せつ支援加算（Ⅰ）又は（Ⅲ）を算定していない | <input type="checkbox"/> 該当 | | |

| 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | |
|-------------------------|---|-----------------------------|-------------------------|
| 排せつ支援加算（Ⅲ） | 入所者ごとに、要介護状態の軽減の見込みについて、医師又は医師と連携した看護師が施設入所時に評価し、その後少なくとも6月に1回評価 | <input type="checkbox"/> 実施 | |
| | 評価結果等の情報を厚生労働省（LIFE）に提出し、排せつ支援の実施に当たって、当該情報その他排せつ支援の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用 | <input type="checkbox"/> 実施 | |
| | 評価の結果、排せつに介護を要する入所者であって、適切な対応を行うことにより、要介護状態の軽減が見込まれるものについて、医師、看護師、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、当該入所者が排せつに介護を要する原因を分析し、それに基づいた支援計画を作成し、当該支援計画に基づ | <input type="checkbox"/> 実施 | 排せつの状態に関するスクリーニング・支援計画書 |
| | 評価に基づき、少なくとも3月に1回、入所者又は利用者ごとに支援計画を見直す | <input type="checkbox"/> 実施 | |
| | 次の（１）、（２）のいずれにも適合 | | |
| | （１）評価の結果、施設入所時と比較して、排尿又は排便の状態の少なくとも一方が改善するとともにいずれにも悪化がない | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | （２）評価の結果、施設入所時におむつを使用していた者について、おむつを使用しなくなった | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| 排せつ支援加算（Ⅰ）又は（Ⅱ）を算定していない | <input type="checkbox"/> 該当 | | |

| 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | |
|----------------|--|-----------------------------|--------------------|
| 自立支援促進加算 | 医師が入所者ごとに、施設入所時に自立支援に係る医学的評価を行い、その後少なくとも6月に1回医学的評価の見直しを行う | <input type="checkbox"/> 実施 | 自立支援促進に関する評価・支援計画書 |
| | 医学的評価の結果等の情報を厚生労働省（LIFE）に提出し、自立支援の促進に当たって、当該情報その他自立支援の適切かつ有効な促進のために必要な情報を活用 | <input type="checkbox"/> 実施 | |
| | 医学的評価の結果、自立支援の促進が必要であるとされた入所者ごとに、医師、看護職員、介護職員、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、自立支援に係る支援計画を策定し、支援計画に従ったケアを実施 | <input type="checkbox"/> 実施 | |
| | 対象となる入所者又はその家族に説明し、同意を得ること | <input type="checkbox"/> 実施 | |
| | 医学的評価に基づき、少なくとも3月に1回、入所者ごとに支援計画を見直している | <input type="checkbox"/> 実施 | |
| | 医師が自立支援に係る支援計画の策定等に参加 | <input type="checkbox"/> 実施 | |
| 科学的介護推進体制加算（Ⅰ） | 入所者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の入所者の心身の状況等に係る基本的な情報を、厚生労働省（LIFE）に提出 | <input type="checkbox"/> 実施 | |
| | 入所者に提供する施設サービスの質を常に向上させていくため、PDCAサイクルにより、サービスの質の管理を行う | <input type="checkbox"/> 実施 | |
| | 科学的介護推進体制加算（Ⅱ）を算定していない | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| 科学的介護推進体制加算（Ⅱ） | 入所者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況、入所者ごとの疾病、服薬の状況等その他の入所者の心身の状況等に係る基本的な情報を、厚生労働省（LIFE）に提出 | <input type="checkbox"/> 実施 | |
| | 入所者に提供する施設サービスの質を常に向上させていくため、PDCAサイクルにより、サービスの質の管理を行う | <input type="checkbox"/> 実施 | |
| | 科学的介護推進体制加算（Ⅰ）を算定していない | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| 長期療養生活移行加算 | 療養病床に1年以上入院していた者であること | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | 介護医療院への入所に当たって、当該入所者及びその家族等が、日常生活上の世話をを行うことを目的とする施設としての取組について説明を受けていること | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| 安全対策体制加算 | 介護医療院基準第40条第1項に規定する基準に適合 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | 介護医療院基準第40条第1項第4号に規定する担当者が安全対策に係る外部における研修を受けている | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | 当該介護医療院内に安全管理部門を設置し、組織的に安全対策を実施する体制を整備 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | 次の（1）又は（2）に該当 | | |

| 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） | （１）介護職員の総数のうち介護福祉士の割合が１００分の８０以上 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | （２）介護職員総数のうち、勤続年数が１０以上の介護福祉士の割合が１００分の３５以上 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | 質の向上に資する取組を実施 | <input type="checkbox"/> 実施 | |
| | 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）及び（Ⅲ）を算定していない | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| サービス提供体制強化加算（Ⅱ） | 介護職員の総数のうち介護福祉士の割合が１００分の６０以上 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | 定員、人員基準に適合 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | サービス提供体制強化加算（Ⅰ）及び（Ⅲ）を算定していない | <input type="checkbox"/> 該当 | |

| 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | |
|---|--|--------------------------------|-------------|
| サービス提供体制強化加算(Ⅲ) | 次の(1)、(2)、(3)のいずれかに該当 | | |
| | (1) 介護職員の総数のうち介護福祉士の割合が100分の50以上 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | (2) 看護・介護職員の総数のうち常勤職員の割合が100分の75以上 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | (3) 直接提供する職員の総数のうち勤続年数7年以上の職員の割合が100分の30以上 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | 定員、人員基準に適合 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | サービス提供体制強化加算(Ⅰ)及び(Ⅱ)を算定していない | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| 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 介護職員処遇改善計画書の作成、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定め、その内容について書面を作成し、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 | |
| | (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に昇給を判定する仕組みを設け、全ての介護職員に周知 | <input type="checkbox"/> あり | |
| 8 処遇改善の内容(賃金改善を除く)及び処遇改善に要する費用の見込額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 (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 介護職員処遇改善計画書の作成、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 | |
| | 8 処遇改善の内容(賃金改善を除く)及び処遇改善に要する費用の見込額を全ての職員に周知 | <input type="checkbox"/> あり | |
| 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 介護職員処遇改善計画書の作成、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 | |
| | 8 処遇改善の内容(賃金改善を除く)及び処遇改善に要する費用の見込額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 | |
|---|--|-----------------------------|----------------|
| 介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ） | 1 次の（一）、（二）、（三）、（四）のいずれにも適合し、賃金改善に要する費用の見込額が当該加算の算定見込額を上回る賃金改善計画の策定、計画に基づく措置の実施 | <input type="checkbox"/> 該当 | 介護職員等特定処遇改善計画書 |
| | （一） 経験・技能のある介護職員のうち1人は、賃金改善に要する費用の見込み額が月額8万円以上又は年額440万円以上 | | |
| | （二） 指定介護予防短期入所生活介護事業所における経験・技能のある介護職員の賃金改善に要する費用の見込額の平均が介護職員（経験・技能のある介護職員を除く）の賃金改善に要する費用の見込額を上回っている | | |
| | （三） 介護職員（経験・技能のある介護職員を除く）の賃金改善に要する費用の見込額の平均が介護職員以外の職員の賃金改善に要する費用の見込額の平均の2倍以上（介護職員以外の職員の平均賃金額が介護職員（経験・技能のある介護職員を除く）の平均賃金額を上回らない場合を除く） | | |
| | （四） 介護職員以外の職員の見込額が年額440万円を上回らない | | |
| | 2 介護職員等特定処遇改善計画書の作成、周知、届出 | <input type="checkbox"/> 該当 | 介護職員等特定処遇改善計画書 |
| | 3 賃金改善の実施 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | 4 処遇改善の実施の報告 | <input type="checkbox"/> 該当 | 実績報告書 |
| 5 サービス提供体制強化加算（Ⅰ）又は（Ⅱ）を届出 | <input type="checkbox"/> 該当 | | |
| 6 介護職員処遇改善加算（Ⅰ）から（Ⅲ）までのいずれかを算定 | <input type="checkbox"/> 該当 | | |
| 7 処遇改善の内容（賃金改善を除く）及び処遇改善に要する費用の見込額を全ての職員に周知 | <input type="checkbox"/> あり | | |
| 8 処遇改善の内容（賃金改善を除く）等についてインターネットの利用その他の適切な方法で公表 | <input type="checkbox"/> あり | | |

| 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | |
|------------------|--|-----------------------------|--------------------|
| 介護職員等特定処遇改善加算（Ⅱ） | 1 次の（一）、（二）、（三）、（四）のいずれにも適合し、賃金改善に要する費用の見込額が当該加算の算定見込額を上回る賃金改善計画の策定、計画に基づく措置の実施 | <input type="checkbox"/> 該当 | 介護職員等特定処遇改善計画書 |
| | （一） 経験・技能のある介護職員のうち1人は、賃金改善に要する費用の見込み額が月額8万円以上又は年額440万円以上 | | |
| | （二） 指定介護予防短期入所生活介護事業所における経験・技能のある介護職員の賃金改善に要する費用の見込額の平均が介護職員（経験・技能のある介護職員を除く）の賃金改善に要する費用の見込額を上回っている | | |
| | （三） 介護職員（経験・技能のある介護職員を除く）の賃金改善に要する費用の見込額の平均が介護職員以外の職員の賃金改善に要する費用の見込額の平均の2倍以上（介護職員以外の職員の平均賃金額が介護職員（経験・技能のある介護職員を除く）の平均賃金額を上回らない場合を除く） | | |
| | （四） 介護職員以外の職員の見込額が年額440万円を上回らない | | |
| | 2 介護職員等特定処遇改善計画書の作成、周知、届出 | <input type="checkbox"/> 該当 | 介護職員等特定処遇改善計画書 |
| | 3 賃金改善の実施 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| 介護職員等ベースアップ等支援加算 | 4 処遇改善の実施の報告 | <input type="checkbox"/> 該当 | 実績報告書 |
| | 5 介護職員処遇改善加算（Ⅰ）から（Ⅲ）までのいずれかを算定 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | 6 処遇改善の内容（賃金改善を除く）及び処遇改善に要する費用の見込額を全ての職員に周知 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | 7 処遇改善の内容（賃金改善を除く）等についてインターネットの利用その他の適切な方法で公表 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | 1 ベースアップ等要件 賃金改善に関する計画の策定、計画に基づく措置、処遇改善の実施の報告 | <input type="checkbox"/> 該当 | ベースアップ等支援加算処遇改善計画書 |
| | 2 処遇改善加算要件 介護職員処遇改善加算（Ⅰ）から（Ⅲ）までのいずれかを算定 | <input type="checkbox"/> 該当 | |