

# 各種加算等自己点検シート【（介護予防）認知症対応型共同生活介護費】

点検日 ( )

令和8年6月版

点検項目	点検事項	点検結果	備考欄(点検結果の補助)
夜勤体制による減算	夜勤時間帯に介護従業者の数が共同生活住居ごとに1以上満たさない	<input type="checkbox"/> 満たさない	ユニット数 ( ) づ
	・満たさないことが1か月の間に2日以上連続して発生	<input type="checkbox"/> 該当	( ) 年 ( ) 月
	・満たさないことが1か月の間に4日以上発生	<input type="checkbox"/> 該当	( ) 年 ( ) 月
定員超過利用減算	運営規程に定められている利用定員を超えている	<input type="checkbox"/> 該当	利用定員 ( ) 人
	・超過が2か月以上	<input type="checkbox"/> 該当	( ) 年 ( ) 月
人員基準欠如減算 (介護従業者) 令和8年6月改正	介護従業者が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	<input type="checkbox"/> 該当	( ) 年 ( ) 月
	介護従業者が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	<input type="checkbox"/> 該当	( ) 年 ( ) 月
	・1割の範囲内で減少した月の翌月にも員数を満たさなかった	<input type="checkbox"/> 満たさない	( ) 年 ( ) 月
	突発的で想定が困難な事情が生じ、1割の範囲内で減少した月の翌月まで続いた	<input type="checkbox"/> 該当	( ) 年 ( ) 月 ※1年に1回の猶予
	やむを得ない事情における人員欠如に関する特例的な取扱いに係る届出書添付書類を人員欠如の発生が生じた日の属する月の翌月までに指定権者に報告	<input type="checkbox"/> 該当	( ) 年 ( ) 月 ※1年に1回の猶予
・突発的で想定が困難な事情が生じ、1割の範囲内で減少した月の翌々月にも員数を満たさなかった	<input type="checkbox"/> 満たさない	( ) 年 ( ) 月	
人員基準欠如減算 (計画作成担当者) 令和8年6月改正	計画作成担当者のうち、必要な研修等を修了していない者がいた	<input type="checkbox"/> 該当	認知症介護実践研修(実践者研修)又は認知症介護実務者研修(基礎課程)
	介護支援専門員の資格を持つ計画作成担当者が不在だった	<input type="checkbox"/> 該当	( ) 年 ( ) 月
	・必要な研修、資格等を持つ計画作成担当者を配置していない月の翌月にも員数を満たさなかった	<input type="checkbox"/> 満たさない	( ) 年 ( ) 月
	突発的で想定が困難な事情が生じ、1割の範囲内で減少した月の翌月まで続いた	<input type="checkbox"/> 該当	( ) 年 ( ) 月 ※1年に1回の猶予
	やむを得ない事情における人員欠如に関する特例的な取扱いに係る届出書添付書類を人員欠如の発生が生じた日の属する月の翌月までに指定権者に報告	<input type="checkbox"/> 該当	( ) 年 ( ) 月 ※1年に1回の猶予
・突発的で想定が困難な事情が生じ、1割の範囲内で減少した月の翌々月にも員数を満たさなかった	<input type="checkbox"/> 満たさない	( ) 年 ( ) 月	
身体拘束廃止未実施減算	記録を行っていない	<input type="checkbox"/> 該当	
	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か月に1回以上開催していない	<input type="checkbox"/> 未開催	直近の開催 ( ) 年 ( ) 月
	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"/> 該当	
	身体的拘束等の適正化のための定期的な研修を実施していない	<input type="checkbox"/> 未実施	直近の実施 ( ) 年 ( ) 月
高齢者虐待防止措置未実施減算	高齢者虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催していない	<input type="checkbox"/> 未開催	直近の開催 ( ) 年 ( ) 月
	高齢者虐待防止のための指針を整備していない	<input type="checkbox"/> 該当	
	高齢者虐待防止のための年2回以上の研修を実施していない	<input type="checkbox"/> 未実施	直近の実施 ( ) 年 ( ) 月
	高齢者虐待防止措置を適正に実施するための担当者を置いていない	<input type="checkbox"/> 該当	担当者名 ( )
業務継続計画未策定減算	感染症若しくは災害のいずれか又は両方の業務継続計画が未策定	<input type="checkbox"/> 該当	
3ユニットで夜勤を行う職員の員数を2人以上とする場合	共同生活住居の数が3である指定認知症対応型共同生活介護事業所が、夜勤を行う職員の員数を2人以上3人未満としている	<input type="checkbox"/> 該当	ユニット数 ( ) づ
夜間支援体制加算 (I)	定員超過利用・人員基準欠如に該当していない	<input type="checkbox"/> 満たす	
	認知症対応型共同生活介護費 (I) 又は短期利用共同生活介護費 (I) を算定している	<input type="checkbox"/> 該当	本体事業所のユニット数 ( ) サテライトのユニット数 ( )
	夜勤を行う介護従業者が、指定認知症対応型共同生活介護事業所ごとに、必要な数に1を加えた数以上である	<input type="checkbox"/> 該当	
	利用者の10分の1以上の数の見守り機器を設置する	<input type="checkbox"/> 該当	どちらも満たす場合は、 必要な数に0.9以上
	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は3か月に1回以上行っている	<input type="checkbox"/> 開催	・直近の開催 ( ) 年 ( ) 月
夜間支援体制加算 (II)	定員超過利用・人員基準欠如に該当していない	<input type="checkbox"/> 満たす	
	認知症対応型共同生活介護費 (II) 又は短期利用共同生活介護費 (II) を算定している	<input type="checkbox"/> 該当	本体事業所のユニット数 ( ) サテライトのユニット数 ( )
	夜勤を行う介護従業者が、指定認知症対応型共同生活介護事業所ごとに、必要な数に加えて、常勤換算方法で1以上の介護従業者又は1以上の宿直勤務に当たる者を配置している	<input type="checkbox"/> 該当	
	利用者の10分の1以上の数の見守り機器を設置する	<input type="checkbox"/> 該当	どちらも満たす場合は、 必要な数に0.9以上
	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は3か月に1回以上行っている	<input type="checkbox"/> 開催	・直近の開催 ( ) 年 ( ) 月

点検項目	点検事項	点検結果	備考欄(点検結果の補助)
認知症行動・心理症状緊急対応加算	短期利用共同生活介護の利用者 当該利用者は、病院又は診療所の入院中の者、介護保険施設又は地域密着型介護老人福祉施設に入院又は入所中の者、認知症対応型共同介護、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、短期入所療養介護及び短期利用共同生活介護、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でない	<input type="checkbox"/> 該当	
	定員超過利用・人員基準欠如に該当していない	<input type="checkbox"/> 満たす	
	医師が緊急に短期利用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（予定どおりの入所ではない）	<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	判断の記録
	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"/> 該当	
	65歳の誕生日の前々日までのサービス利用実績がある	<input type="checkbox"/> 該当	
同一利用者に対して、認知症行動・心理症状緊急対応加算を算定していない	<input type="checkbox"/> 満たす		
利用者が入院したときの費用の算定	利用者に対して、入院後3か月以内に退院することが明らかに見込まれるときは、その者及びその家族等の希望等を勘案し、必要に応じて適切な便宜を供与するとともに、やむを得ない事情がある場合を除き、退院後再び当該指定認知症対応型共同生活介護事業所に円滑に入居することができる体制を確保していることについて説明を行っている	<input type="checkbox"/> 該当	
	1か月に6日を限度として所定単位数に代えて1日につき246単位を算定する。ただし、入院の初日及び最終日は、算定していない	<input type="checkbox"/> 該当	
看取り介護加算	医師が医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した者	<input type="checkbox"/> 該当	
	利用者、家族等の同意を得て介護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の説明、同意を得ている	<input type="checkbox"/> 該当	利用者に関する記録を活用した説明資料の写し
	当該事業所が訪問看護ステーション等が必要な連携をとることができる距離にある（具体的には同一市町村内又は自動車等で20分圏内）	<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、家族に連絡して来てもらえない場合、介護記録に職員間の相談日時内容等及び本人家族の状況が記載されている	<input type="checkbox"/> 該当	
	死亡日以前31日以上45日	<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	
	看取りに関する指針を整備している	<input type="checkbox"/> 該当	
看取りに関する研修を行っている	<input type="checkbox"/> 実施	直近の実施( )年( )月	
医療連携体制加算を算定している	<input type="checkbox"/> 満たす		
初期加算	入居日が起算して30日以内	<input type="checkbox"/> 該当	
	過去3月間の間に、当該事業所に入居したことがない者	<input type="checkbox"/> 該当	
	日常生活自立度のランクⅢ以上かつ過去1月間の間に、当該事業所に入居したことがない者	<input type="checkbox"/> 該当	いずれかに該当
	30日を超える病院又は診療所への入院後に再入居した者	<input type="checkbox"/> 該当	
協力医療機関連携加算 (令和8年6月改正)	入居者の病歴等の情報共有や急変時等における対応の確認等を行う会議を対面で年3回以上開催すること	<input type="checkbox"/> 開催	
	入院の必要性が認められた入居者が当該協力医療機関で年2件以上入院した場合又は往診の必要性が認められた入居者に当該医療機関が年2件以上往診を実施した場合には対面で年1回以上開催すること		どちらかに該当 直近の開催( )年( )月
	電子的システムにより当該協力医療機関において、当該事業所の入居者の情報が随時確認できる体制が確保されている場合には、定期的に年1回以上開催されている	<input type="checkbox"/> 開催	
	会議の開催状況については、その概要を記録している	<input type="checkbox"/> 該当	
	利用者の病状が急変した場合等において医師又は看護職員が相談対応を行う体制を、常時確保している (協力医療機関に関する届出書※施設基準第1号の規定を満たす)	<input type="checkbox"/> 該当	どちらも満たす場合は、 1月100単位
	当該指定(介護予防)認知症対応型共同生活介護事業者からの診療の求めがあった場合において診療を行う体制を、常時確保している (協力医療機関に関する届出書※施設基準第2号の規定を満たす)	<input type="checkbox"/> 該当	それ以外の協力医療機関の場合は、 1月40単位
	医療連携体制加算を算定している	<input type="checkbox"/> 満たす	

点検項目	点検事項	点検結果	備考欄(点検結果の補助)
医療連携体制加算 (I) イ	事業所の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	
	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"/> 該当	
	重度化した場合における対応の指針(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)の有無	<input type="checkbox"/> 該当	重度化した場合における対応の指針
	入居の際に利用者等に対する指針の説明、同意を得ている	<input type="checkbox"/> 該当	
医療連携体制加算 (I) ロ	事業所の職員として看護職員を常勤換算方法で1名以上配置	<input type="checkbox"/> 該当	
	看護職員又は病院、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。ただし、配置している看護職員が准看護師のみである場合には、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"/> 該当	
	重度化した場合における対応の指針(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)を整備している	<input type="checkbox"/> 該当	重度化した場合における対応の指針
	入居の際に利用者等に対する指針の説明し、同意を得ている	<input type="checkbox"/> 該当	
医療連携体制加算 (I) ハ	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名以上確保している(事業所における勤務実態がなく、単に「オンコール体制」としているだけでは、医療連携体制加算の算定は認められない。)	<input type="checkbox"/> 該当	
	看護師により24時間連絡できる体制を確保	<input type="checkbox"/> 該当	
	重度化した場合における対応の指針(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)を整備している	<input type="checkbox"/> 該当	重度化した場合における対応の指針
	入居の際に利用者等に対する指針の説明し、同意を得ている	<input type="checkbox"/> 該当	
医療連携体制加算 (II)	医療連携体制加算 (I) イ、ロ又はハのいずれかを算定している	<input type="checkbox"/> 満たす	
退居時情報提供加算	算定日が属する月の前3か月間において、次のいずれかに該当する状態の利用者が1人以上である ・喀(かく)痰(たん)吸引を実施している状態 ・呼吸障害等により人工呼吸器を使用している状態 ・中心静脈注射を実施している状態 ・人工腎臓を実施している状態 ・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 ・人工膀(ぼう)胱(こう)又は人工肛(こう)門の処置を実施している状態 ・経鼻胃管や胃瘻(ろう)等の経腸栄養が行われている状態 ・褥(じよく)瘡(そう)に対する治療を実施している状態 ・気管切開が行われている状態 ・留置カテーテルを使用している状態 ・インスリン注射を実施している状態	<input type="checkbox"/> 該当	
	入居者が退居して医療機関に入院する場合、情報提供に対して、利用者の同意を得ている	<input type="checkbox"/> 該当	
	退院時情報提供書を当該医療機関に交付するとともに、交付した文書の写しを介護記録等に添付している	<input type="checkbox"/> 該当	退院時情報提供書
	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、本加算を算定していない	<input type="checkbox"/> 満たす	
退居時相談援助加算	利用期間が1か月を超える利用者が退居	<input type="checkbox"/> 該当	
	居宅において居宅サービス(介護予防サービス)又は地域密着型(介護予防)サービスを利用する	<input type="checkbox"/> 該当	
	退居後の居宅サービス又は地域密着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う(例として、次のような内容) a 食事、入浴、健康管理等在宅における生活に関する相談援助 b 退居する者の運動機能及び日常生活動作能力の維持及び向上を目的として行う各種訓練等に関する相談援助 c 家屋の改善に関する相談援助 d 退居する者の介助方法に関する相談援助	<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	
	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	相談援助の記録
	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	備考欄(点検結果の補助)
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の実施	<input type="checkbox"/> 該当	いずれかの研修を修了 ・認知症介護実践リーダー研修 ・認知症看護に係る適切な研修 ①日本看護協会認定看護師教育課程「認知症看護」の研修 ②日本看護協会が認定している看護系大学院の「老人看護」及び「精神看護」の専門看護師教育課程 ③日本精神科看護協会が認定している「精神科認定看護師」 ・ただし、③については認定証が発行されている者に限る。
	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"/> 開催	直近の開催( )年( )月
	認知症専門ケア加算(Ⅱ)を算定していない	<input type="checkbox"/> 満たす	
	同一利用者に対して、同一日に認知症チームケア推進加算を算定していない	<input type="checkbox"/> 満たす	
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の実施	<input type="checkbox"/> 該当	いずれかの研修を修了 ・認知症介護実践リーダー研修 ・認知症看護に係る適切な研修
	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"/> 開催	直近の開催( )年( )月
	専門的な研修修了者を上記の基準に加え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	いずれかの研修を修了 ・認知症介護指導者養成研修 ・認知症看護に係る適切な研修
	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(外部における研修を含む。)の実施	<input type="checkbox"/> 実施	直近の実施( )年( )月
	認知症専門ケア加算(Ⅰ)を算定していない	<input type="checkbox"/> 満たす	
	同一利用者に対して、同一日に認知症チームケア推進加算を算定していない	<input type="checkbox"/> 満たす	
認知症チームケア推進加算(Ⅰ)	利用者総数のうち、周囲の者による日常生活に対する注意を必要とする認知症の者(日常生活自立度Ⅱ以上の者)である対象者の割合が5割以上	<input type="checkbox"/> 該当	
	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修了している者を一名以上配置し、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	認知症介護指導者養成研修を修了し、かつ、認知症チームケア推進研修を修了した者
	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、その評価に基づく値を測定し、認知症の行動・心理症状の予防等に資するチームケアを実施している	<input type="checkbox"/> 該当	
	対象者1人につき月1回以上の定期的なカンファレンスを開催している。その他、日々のケアの場面で心身の状態や環境等の変化が生じたとき等は、その都度カンファレンスを開催し、再評価、ケア方針の見直し等を行うこと。	<input type="checkbox"/> 開催	直近の開催( )年( )月
	入所者等の状態の評価、ケア方針、実施したケアの振り返り等は「認知症チームケア推進加算・ワークシート」及び介護記録等に詳細に記録すること。	<input type="checkbox"/> 該当	認知症チームケア推進加算・ワークシート
	認知症専門チームケア加算(Ⅱ)を算定していない	<input type="checkbox"/> 満たす	
	同一利用者に対して、同一日に認知症専門ケア加算を算定していない	<input type="checkbox"/> 満たす	
認知症チームケア推進加算(Ⅱ)	利用者総数のうち、周囲の者による日常生活に対する注意を必要とする認知症の者(日常生活自立度Ⅱ以上の者)である対象者の割合が5割以上	<input type="checkbox"/> 該当	
	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修了している者を一名以上配置し、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	認知症介護実践リーダー研修を修了し、かつ、認知症チームケア推進研修を修了した者
	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、その評価に基づく値を測定し、認知症の行動・心理症状の予防等に資するチームケアを実施している	<input type="checkbox"/> 該当	
	対象者1人につき月1回以上の定期的なカンファレンスを開催している。その他、日々のケアの場面で心身の状態や環境等の変化が生じたとき等は、その都度カンファレンスを開催し、再評価、ケア方針の見直し等を行う	<input type="checkbox"/> 開催	直近の開催( )年( )月
	入所者等の状態の評価、ケア方針、実施したケアの振り返り等は「認知症チームケア推進加算・ワークシート」及び介護記録等に詳細に記録する	<input type="checkbox"/> 該当	認知症チームケア推進加算・ワークシート
	認知症専門チームケア加算(Ⅰ)を算定していない	<input type="checkbox"/> 満たす	
	同一利用者に対して、同一日に認知症専門ケア加算を算定していない	<input type="checkbox"/> 満たす	

点検項目	点検事項	点検結果	備考欄(点検結果の補助)
生活機能向上連携加算 (I)	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の助言に基づき、生活機能の向上を目的とした(介護予防)認知症対応型共同生活介護計画を作成	<input type="checkbox"/> 該当	理学療法士等の資格証の写し等 当該事業所の雇用証明書 当該事業所との契約書
	助言の内容を記載する	<input type="checkbox"/> 該当	
	認知症対応型共同生活介護計画に以下の事項を記載している ・生活機能アセスメントの結果 a 利用者が日々の暮らしの中で可能な限り自立して行おうとする行為の内容 b 生活機能アセスメントの結果に基づき、aの内容について定めた3か月を 目途とする達成目標 c bの目標を達成するために経過的に達成すべき各月の目標 d b及びcの目標を達成するために介護従業者が行う介助等の内容	<input type="checkbox"/> 該当	
	初回の当該指定(介護予防)認知症対応型共同生活介護が行われた日の属する月に、所定単位数を加算している	<input type="checkbox"/> 該当	
	助言に基づき認知症対応型共同生活介護計画を見直した場合には、本加算を算定することは可能であるが、利用者の急性増悪等により認知症対応型共同生活介護計画を見直した場合を除き、認知症対応型共同生活介護計画に基づき指定認知症対応型共同生活介護を提供した翌月及び翌々月は本加算を算定しない	<input type="checkbox"/> 該当	
	3月経過後、目標の達成度合いにつき、利用者及び理学療法士等に報告する	<input type="checkbox"/> 該当	
生活機能向上連携加算 (II)	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(病院にあっては、許可病床数が200床未満のもの又は当該病院を中心とした半径4キロメートル以内に診療所が存在しないものに限る。)の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は医師が認知症対応型共同生活介護事業所を訪問している ※「リハビリテーションを実施している医療提供施設」とは、診療報酬における疾患別リハビリテーション料の届出を行っている病院若しくは診療所又は介護老人保健施設、介護療養型医療施設若しくは介護医療院	<input type="checkbox"/> 該当	理学療法士等の資格証の写し等 当該事業所の雇用証明書 当該事業所との契約書 訪問したことが分かる記録
	訪問した際に、当該利用者のADL及びIADLに関する利用者の状況につき、理学療法士等と計画作成担当者が共同して、現在の状況及びその改善可能性の評価(生活機能アセスメント)を行う	<input type="checkbox"/> 該当	
	認知症対応型共同生活介護計画に以下の事項を記載している ・生活機能アセスメントの結果 a 利用者が日々の暮らしの中で可能な限り自立して行おうとする行為の内容 b 生活機能アセスメントの結果に基づき、aの内容について定めた3か月を 目途とする達成目標 c bの目標を達成するために経過的に達成すべき各月の目標 d b及びcの目標を達成するために介護従業者が行う介助等の内容	<input type="checkbox"/> 該当	
	初回の介護の提供日が属する月を含む3か月を限度として算定している	<input type="checkbox"/> 該当	
	3か月を超えて本加算を算定しようとする場合は、再度、生活機能アセスメントに基づき認知症対応型共同生活介護計画を見直している	<input type="checkbox"/> 該当	
	算定する期間中は、各月における目標の達成度合いにつき、利用者及び理学療法士等に報告し、必要に応じて利用者の意向を確認し、当該理学療法士等から必要な助言を得た上で、利用者のADL及びIADLの改善状況及び達成目標を踏まえた適切な対応を行う	<input type="checkbox"/> 該当	

点検項目	点検事項	点検結果	備考欄(点検結果の補助)
栄養管理体制加算	定員超過利用・人員基準欠如に該当していない	<input type="checkbox"/> 満たす	
	管理栄養士（※当該事業所の従業者以外の管理栄養士を含む。）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"/> 該当	直近の指導（ ）年（ ）月 管理栄養士免許証の写し等 当該事業所の従業者以外であることが分かる書類
	※外部（他の介護事業所（栄養管理体制加算の対象事業所に限る。）、医療機関、介護保険施設（栄養マネジメント強化加算の算定要件として規定する員数を超えて管理栄養士を置いているもの又は常勤の管理栄養士を1名以上配置しているものに限る。）又は公益社団法人日本栄養士会若しくは都道府県栄養士会が設置し、運営する「栄養ケア・ステーション」との連携により体制を確保した場合も、算定できる 「栄養ケアに係る技術的助言及び指導」を行うにあたって、以下の事項を記録している イ 当該事業所において利用者の栄養ケアを推進するための課題 ロ 当該事業所における目標 ハ 具体的方策 ニ 留意事項 ホ その他必要と思われる事項	<input type="checkbox"/> 該当	
口腔衛生管理体制加算	定員超過利用・人員基準欠如に該当していない	<input type="checkbox"/> 満たす	
	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（くう）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	直近の指導（ ）年（ ）月 テレビ電話装置等の活用可
	※ 「口腔ケアに係る技術的助言及び指導」とは、当該事業所における利用者の口腔内状態の評価方法、適切な口腔ケアの手技、口腔ケアに必要な物品整備の留意点、口腔ケアに伴うリスク管理、その他当該事業所において日常的な口腔ケアの実施にあたり必要と思われる事項のうち、いずれかに係る技術的助言及び指導 ※ 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に行うこと 歯科衛生士の技術的助言及び指導に基づき、「利用者の口腔ケア・マネジメントに係る計画」を作成している。 以下の項目について記載している。 イ 当該事業所において利用者の口腔ケアを推進するための課題 ロ 当該事業所における目標 ハ 具体的方策 ニ 留意事項 ホ 当該事業所と歯科医療機関との連携の状況 ト 歯科医師からの指示内容の要点（当該計画の作成にあたっての技術的助言・指導を歯科衛生士が行った場合に限る。） ト その他必要と思われる事項	<input type="checkbox"/> 該当	利用者の口腔ケア・マネジメントに係る計画
口腔・栄養スクリーニング加算	定員超過利用・人員基準欠如に該当していない	<input type="checkbox"/> 満たす	
	当該事業所以外で既に口腔（くう）・栄養スクリーニング加算を算定している利用者にあつては算定しない	<input type="checkbox"/> 満たす	
	利用開始時及び利用中6か月ごとに利用者の口腔（くう）の健康状態のスクリーニング及び栄養状態のスクリーニングを行った場合に、1回につき所定単位数を加算している	<input type="checkbox"/> 該当	別紙様式5-2 口腔・栄養スクリーニング様式
	利用開始時及び利用中6か月ごとに利用者の口腔（くう）の健康状態について確認を行い、当該利用者の口腔（くう）の健康状態に関する情報（当該利用者の口腔（くう）の健康状態が低下しているおそれのある場合にあっては、その改善に必要な情報を含む。）を当該利用者を担当する介護支援専門員に提供している a 開口ができない者 b 歯の汚れがある者 c 舌の汚れがある者 d 歯肉の腫れ、出血がある者 e 左右両方の奥歯でしっかりかみしめることができない者 f むせがある者 g ぶくぶくうがいができない者 h 食物のため込み、残留がある者	<input type="checkbox"/> 該当	介護支援専門員への提供記録
	利用開始時及び利用中6か月ごとに利用者の栄養状態について確認を行い、当該利用者の栄養状態に関する情報（当該利用者が低栄養状態の場合にあっては、低栄養状態の改善に必要な情報を含む。）を当該利用者を担当する介護支援専門員に提供している a BMIが18.5未満である者 b 1～6月間で3%以上の体重の減少が認められる者又は「地域支援事業の実施について」（平成18年6月9日老発第0609001号厚生労働省老健局長通知）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 c 血清アルブミン値が3.5g/dl以下である者 d 食事摂取量が不良（75%以下）である者	<input type="checkbox"/> 該当	介護支援専門員への提供記録
利用者全員の口腔の健康状態及び栄養状態を継続的に把握する	<input type="checkbox"/> 該当		
科学的介護推進体制加算	原則として利用者全員を対象として、利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔（くう）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、LIFEを用いて厚生労働省に提出している	<input type="checkbox"/> 該当	加算の算定等に係る同意 別紙様式1「科学的介護推進に関する評価（通所・居住サービス）」 別紙様式3（生活認知機能尺度）
	少なくとも3か月に1回提出している	<input type="checkbox"/> 該当	提出を確認している書類等
	情報の提出が困難であった理由については、介護記録等に明記している	<input type="checkbox"/> 該当	介護記録等
	指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護を適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用している	<input type="checkbox"/> 該当	

点検項目	点検事項	点検結果	備考欄(点検結果の補助)
高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅰ)	第二種協定指定医療機関との間で、新興感染症の発生時等の対応を行う体制を確保している ※ 新興感染症発生時等の対応としては、感染発生時等における相談、感染者の診療、入院の要否の判断等が求められることから、本加算における連携の対象となる第二種協定指定医療機関は診療所、病院に限る	<input type="checkbox"/> 該当	第二種協定医療機関 ⇒都道府県において、公表
	協力医療機関等との間で、感染症（新興感染症を除く。）の発生時等の対応を取り決めるとともに、感染症の発生時等に、協力医療機関等と連携し適切に対応している	<input type="checkbox"/> 該当	
	感染対策を担当する者が、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少なくとも1年に1回以上参加している	<input type="checkbox"/> 参加	直近の参加( )年( )月 ビデオ通話が可能 な機器可。 医療機関等 ⇒ 地方厚生局のホームページに掲載
高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅱ)	感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関から、3年に1回以上、事業所内で感染者が発生した場合の対応に係る実地指導を受けている	<input type="checkbox"/> 実施	直近の指導( )年( )月
新興感染症等施設療養費	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、かつ、当該感染症に感染した利用者に対し、適切な感染対策を行った上で、指定(介護予防)認知症対応型共同生活介護を行っている ※ 対象の感染症については、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する。令和6年4月時点においては、指定している感染症はない。	<input type="checkbox"/> 該当	
生産性向上推進体制加算(Ⅰ)	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委員会を3か月に1回以上開催し、次に掲げる事項について必要な検討を行い、及び当該事項の実施を定期的に確認している (一) 業務の効率化及び質の向上又は職員の負担の軽減に資する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 (二) 職員の負担の軽減及び勤務状況への配慮 (三) 介護機器の定期的な点検 (四) 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"/> 開催	直近の開催( )年( )月
	上記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"/> 該当	
	委員会は、現場職員の意見が適切に反映されるよう、管理者だけでなく、ケアを行う職員を含む幅広い職種やユニットリーダー等が参画している	<input type="checkbox"/> 該当	
	介護機器を複数種類活用している	<input type="checkbox"/> 該当	
	・見守り機器は全ての居室に設置し、全ての利用者を個別に見守ることが可能な状態である	<input type="checkbox"/> 該当	
	・インカム等の職員間の連絡調整の迅速化に資するICT機器(ビジネス用のチャットツールの活用も含む。)を、同一の時間帯に勤務する全ての介護職員が使用している	<input type="checkbox"/> 該当	全ての機器を活用している
	・介護記録ソフトウェアやスマートフォン等の介護記録の作成の効率化に資するICT機器(複数の機器の連携も含め、データの入力から記録・保存・活用までを一体的に支援するものに限る。)	<input type="checkbox"/> 該当	
	委員会において、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必要な検討を行い、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する	<input type="checkbox"/> 該当	
	事業年度ごとに以下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"/> 該当	
	・利用者の満足度等の評価(5名程度) 利用者向け調査票により、WHO-5調査(利用者における満足度の変化)の実施及び生活・認知機能尺度の確認を行う ※ 利用者又は家族等に必要な説明を行い、同意を得る	<input type="checkbox"/> 該当	
	・総業務時間及び当該時間に含まれる超過勤務時間の調査 施設向け調査票により、対象事業年度の10月(※1)における介護職員の1月当たりの総業務時間及び超過勤務時間を調査(※2)する ※1)本加算を算定した初年度においては、算定を開始した月とする ※2)総業務時間及び超過勤務時間は調査対象者全体の平均値を報告する	<input type="checkbox"/> 該当	5つの項目すべてを 厚生労働省に報告する
	・年次有給休暇の取得状況の調査 施設向け調査票により、対象事業年度の10月を起点として直近1年間の年次有給休暇の取得日数を調査する	<input type="checkbox"/> 該当	
	・介護職員の心理的負担等の評価 介護職員向け調査票により、SRS-18調査(介護職員の心理的負担の変化)及び職員のモチベーションの変化に係る調査を実施すること。 ※ 介護職員に必要な説明を行い、同意を得る	<input type="checkbox"/> 該当	
・機器の導入等による業務時間(直接介護、間接業務、休憩等)の調査 介護職員向け調査票により、5日間の自記式又は他記式によるタイムスタディ調査を実施する	<input type="checkbox"/> 該当		

点検項目	点検事項	点検結果	備考欄(点検結果の補助)
生産性向上推進体制加算 (Ⅱ)	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委員会を3か月に1回以上開催し、次に掲げる事項について必要な検討を行い、及び当該事項の実施を定期的に確認している (一) 業務の効率化及び質の向上又は職員の負担の軽減に資する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 (二) 職員の負担の軽減及び勤務状況への配慮 (三) 介護機器の定期的な点検 (四) 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"/> 開催	直近の開催( )年( )月 テレビ電話装置等の活用可。
	委員会、現場職員の意見が適切に反映されるよう、管理者だけでなく、ケアを行う職員を含む幅広い職種やユニットリーダー等が参画している	<input type="checkbox"/> 該当	
	介護機器を活用している	<input type="checkbox"/> 該当	
	・見守り機器は全ての居室に設置し、全ての利用者を個別に見守ることが可能な状態である	<input type="checkbox"/> 該当	
	・インカム等の職員間の連絡調整の迅速化に資するICT機器(ビジネス用のチャットツールの活用も含む。)を、同一の時間帯に勤務する全ての介護職員が使用している	<input type="checkbox"/> 該当	いずれかの機器を活用している
	・介護記録ソフトウェアやスマートフォン等の介護記録の作成の効率化に資するICT機器(複数の機器の連携も含め、データの入力から記録・保存・活用までを一体的に支援するものに限る。)	<input type="checkbox"/> 該当	
	事業年度ごとに以下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"/> 該当	
	・利用者の満足度等の評価(5名程度) 利用者向け調査票により、WHO-5調査(利用者における満足度の変化)の実施及び生活・認知機能尺度の確認を行う ※ 利用者又は家族等に必要な説明を行い、同意を得る	<input type="checkbox"/> 該当	
	・総業務時間及び当該時間に含まれる超過勤務時間の調査 施設向け調査票により、対象事業年度の10月(※1)における介護職員の1月当たりの総業務時間及び超過勤務時間を調査(※2)する ※1 本加算を算定した初年度においては、算定を開始した月とする ※2 総業務時間及び超過勤務時間は調査対象者全体の平均値を報告する	<input type="checkbox"/> 該当	3つの項目すべてを 厚生労働省に報告する
	・年次有給休暇の取得状況の調査 施設向け調査票により、対象事業年度の10月を起点として直近1年間の年次有給休暇の取得日数を調査する	<input type="checkbox"/> 該当	
サービス提供体制強化加算 Ⅰ	介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の70以上	<input type="checkbox"/> 該当	
	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占める割合が100分の25以上	<input type="checkbox"/> 該当	どちらかを満たす
	定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと	<input type="checkbox"/> 満たす	
サービス提供体制強化加算 Ⅱ	介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の60以上	<input type="checkbox"/> 該当	介護福祉士登録証
	定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと	<input type="checkbox"/> 満たす	
サービス提供体制強化加算 Ⅲ	介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の50以上	<input type="checkbox"/> 該当	
	看護・介護職員の総数のうち、常勤職員の占める割合が100分の75以上	<input type="checkbox"/> 該当	
	直接提供する職員(介護従事者)の総数のうち、勤続年数7年以上の者の占める割合が100分の30以上	<input type="checkbox"/> 該当	いずれかを満たす
	定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと	<input type="checkbox"/> 満たす	
介護職員等処遇改善加算 (令和8年6月改正)	算定なし	<input type="checkbox"/> 該当	
	介護職員等処遇改善加算Ⅰ(イ)を算定	<input type="checkbox"/> 該当	
	介護職員等処遇改善加算Ⅰ(ロ)を算定	<input type="checkbox"/> 該当	
	介護職員等処遇改善加算Ⅱ(イ)を算定	<input type="checkbox"/> 該当	いずれかのうち、 該当する項目にチェック
	介護職員等処遇改善加算Ⅱ(ロ)を算定	<input type="checkbox"/> 該当	
	介護職員等処遇改善加算Ⅲを算定	<input type="checkbox"/> 該当	
	介護職員等処遇改善加算Ⅳを算定	<input type="checkbox"/> 該当	
	ケアブランドデータ連携システムを利用	<input type="checkbox"/> 該当・誓約	いずれかのうち、該当する項目に チェック
	生産性向上推進体制加算Ⅰ又はⅡを算定	<input type="checkbox"/> 該当・誓約	令和8年度特例要件
	社会福祉連携推進法人に所属	<input type="checkbox"/> 該当	
	処遇改善計画書を指定権者に提出している	<input type="checkbox"/> 該当	処遇改善計画書
	介護職員等処遇改善加算の届出内容について、変更が生じた場合は、変更届出書を指定権者に提出している	<input type="checkbox"/> 該当	変更届出書
	各事業年度における最終の加算の支払いがあった月の翌々月の末日までに実績報告書を指定権者に提出している	<input type="checkbox"/> 該当	実績報告書