

認知症対応型共同生活介護費

事業所名				
算定状況	点検項目	点検事項	点検結果	算定確認書類名
有・無	夜勤減算	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	
有・無	夜勤ケア加算(Ⅰ)	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)を算定していること。	<input type="checkbox"/> 満たす	
		夜勤を行う介護従事者が、指定認知症対応型共同生活介護事業所ごとに、必要な数に一を加えた数以上である。	<input type="checkbox"/> 満たす	
有・無	夜勤ケア加算(Ⅱ)	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)を算定していること。	<input type="checkbox"/> 満たす	
		夜勤を行う介護従事者が、指定認知症対応型共同生活介護事業所ごとに、必要な数に一を加えた数以上である。	<input type="checkbox"/> 満たす	
有・無	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、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	
		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	<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	

算定状況	点検項目	点検事項	点検結果	算定確認書類名
有・無	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	
有・無	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	
		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	<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			
有・無	初期加算	入居日が起算して30日以内	<input type="checkbox"/> 該当	

算定状況	点検項目	点検事項	点検結果	算定確認書類名
有・無	医療連携体制加算	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"/> 満たす	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)
		看護師による24時間連絡体制の確保	<input type="checkbox"/> あり	
		重度化した場合における対応の指針の有無	<input type="checkbox"/> あり	
		入居の際に利用者等に対する指針の説明、同意の有無	<input type="checkbox"/> あり	
有・無	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"/> 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	
		利用者一人につき1回が限度	<input type="checkbox"/> 該当	

算定状況	点検項目	点検事項	点検結果	算定確認書類名
有・無	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	
		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	
有・無	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	
		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	
		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	
		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	
有・無	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数5割以上	<input type="checkbox"/> 該当	
		定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	
有・無	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	

算定状況	点検項目	点検事項	点検結果	算定確認書類名
有・無	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	
有・無	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、刑罰以上の処刑	<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			

算定状況	点検項目	点検事項	点検結果	算定確認書類名
有・無	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、刑罰以上の処刑	<input type="checkbox"/> なし	
		6 労働保険料の納付	<input type="checkbox"/> 適正に納付	
		7、8に掲げる基準のいずれかに適合	<input type="checkbox"/>	
		7(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	
有・無	介護職員処遇改善加算Ⅲ	7(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	
有・無	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、刑罰以上の処刑	<input type="checkbox"/> なし	
		6 労働保険料の納付	<input type="checkbox"/> 適正に納付	

介護予防認知症対応型共同生活介護費

事業所名				
算定状況	点検項目	点検事項	点検結果	算定確認書類名
有・無	夜勤減算	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	
有・無	夜勤ケア加算(Ⅰ)	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)を算定していること。	<input type="checkbox"/> 満たす	
		夜勤を行う介護従事者が、指定認知症対応型共同生活介護事業所ごとに、必要な数に一を加えた数以上である。	<input type="checkbox"/> 満たす	
有・無	夜勤ケア加算(Ⅱ)	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)を算定していること。	<input type="checkbox"/> 満たす	
		夜勤を行う介護従事者が、指定認知症対応型共同生活介護事業所ごとに、必要な数に一を加えた数以上である。	<input type="checkbox"/> 満たす	
有・無	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、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	
		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	<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	

算定状況	点検項目	点検事項	点検結果	算定確認書類名
有・無	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	
有・無	初期加算	1	<input type="checkbox"/> 該当	
有・無	退居時相談援助加算	利用期間が1ヶ月を超える利用者	<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	<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	
		利用者一人につき1回が限度	<input type="checkbox"/> 該当	
有・無	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	
		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	

算定状況	点検項目	点検事項	点検結果	算定確認書類名
有・無	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	
		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	
		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	
		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	
有・無	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数5割以上	<input type="checkbox"/> 該当	
		定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	
有・無	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	
有・無	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	

算定状況	点検項目	点検事項	点検結果	算定確認書類名
有・無	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、刑罰以上の処刑	<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			
有・無	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、刑罰以上の処刑	<input type="checkbox"/> なし	
		6 労働保険料の納付	<input type="checkbox"/> 適正に納付	
		7、8に掲げる基準のいずれかに適合	<input type="checkbox"/>	
		7(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	
		7(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			

算定状況	点検項目	点検事項	点検結果	算定確認書類名
有・無	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、刑罰以上の処刑	<input type="checkbox"/> なし	
		6 労働保険料の納付	<input type="checkbox"/> 適正に納付	