

406 介護予防短期入所生活介護費（R6年報酬改定対応版）

| 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 |
|--|--|--|
| 夜勤減算（単独型） | 利用者数25人以下 | <input type="checkbox"/> 看護・介護 1人未満 |
| | 利用者数26人以上60人以下 | <input type="checkbox"/> " 2人未満 |
| | 利用者数61人以上80人以下 | <input type="checkbox"/> " 3人未満 |
| | 利用者数81人以上100人以下 | <input type="checkbox"/> " 4人未満 |
| | 利用者数101人以上 | <input type="checkbox"/> " 4+25 又は端数を増す 毎に1を加えた 数以上 |
| | ユニット型・・・2ユニットごとに1以上 | <input type="checkbox"/> 満たさない |
| 夜勤減算（特別養護老人ホームの空床利用併設型（ユニット型特養を除く）） | ①利用者数、入所者数の合計数が25人以下 | <input type="checkbox"/> 看護・介護1人 未満 |
| | ②利用者数、入所者数の合計数が26人以上60人以下 | <input type="checkbox"/> 看護・介護2人 未満 |
| | ③利用者数、入所者数の合計数が61人以上80人以下 | <input type="checkbox"/> 看護・介護3人 未満 |
| | ④利用者数、入所者数の合計数が81人以上100人以下 | <input type="checkbox"/> 看護・介護4人 未満 |
| | ⑤利用者数、入所者数の合計数が101人以上 | <input type="checkbox"/> 看護・介護4人 に利用者25人又 はその端数を増 す毎に1を加え た数未満 |
| | 次の要件のいずれにも適合する場合は②～⑤の利用者数、入所者数の合計の10分の8 i 夜勤時間帯を通じて、利用者の動向を検知できる見守り機器を利用者の数以上設置 ii 夜勤時間帯を通じて、夜勤を行う全ての介護職員又は看護職員が情報通信機器を使用（職員同士の連携促進） | <input type="checkbox"/> 設置 <input type="checkbox"/> 実施 |
| | iii 見守り機器及び情報通信機器を活用する際の安全体制及びケアの質の確保並びに職員の負担軽減に関する次に掲げる事項を実施し、見守り機器等を安全かつ有効に活用するための委員会を設置し、介護職員、看護職員その他の職種の者と共同して、当該委員会において必要な検討等を行い、当該事項の実施を定期的に確認する | |
| | (1) 夜勤を行う職員による利用者の安全及びケアの質の確保 | <input type="checkbox"/> 実施 |
| | (2) 夜勤を行う職員の負担の軽減及び勤務状況への配慮 | <input type="checkbox"/> 実施 |
| | (3) 夜勤時間帯における緊急時の体制整備 | <input type="checkbox"/> 実施 |
| | (4) 見守り機器等の定期的な点検 | <input type="checkbox"/> 実施 |
| | (5) 見守り機器等を安全かつ有効に活用するための職員研修 | <input type="checkbox"/> 実施 |
| | iv 入所者の数の合計数が、60以下の場合には1以上、61以上の場合は2以上の介護職員又は看護職員が、夜勤時間帯を通じて常時配置 | <input type="checkbox"/> 配置 |
| | 夜勤減算（併設事業所） | a併設本体が特別養護老人ホーム |
| b併設本体がユニット型特別養護老人ホーム | | <input type="checkbox"/> 利用者、入所者 の合計数が20 又はその端数を 増す毎に1以下 |
| a, b以外 | | |
| i 利用者の数が25以下の併設事業所は本体施設として必要とされる看護職員又は看護職員に加え | | <input type="checkbox"/> 看護・介護1人 未満 |
| ii 利用者の数が26以上の60以下の併設事業所は本体施設として必要とされる看護職員又は看護職員に加え | | <input type="checkbox"/> 看護・介護2人 未満 |
| iii 利用者の数が61以上の80以下の併設事業所は本体施設として必要とされる看護職員又は看護職員に加え | | <input type="checkbox"/> 看護・介護3人 未満 |
| iv 利用者の数が81以上の100以下の併設事業所は本体施設として必要とされる看護職員又は看護職員に加え | | <input type="checkbox"/> 看護・介護4人 未満 |
| v 利用者の数が101以上の併設事業所は本体施設として必要とされる看護職員又は看護職員に加え | <input type="checkbox"/> 看護・介護4人 に利用者25人又 はその端数を増 す毎に1を加え た数未満 | |
| 夜勤減算（併設型・共用型） | 指定障害者支援施設として必要とされる夜勤を行う生活支援員の数 | <input type="checkbox"/> 必要とされる生 活相談員数未満 |
| 夜勤減算（併設型・ユニット型） | (一) 併設本体が特別養護老人ホーム | 利用者、入所者 の合計数が20 又はその端数を 増す毎に1以下 |
| | (二) (一) 以外のユニット型指定短期入所生活介護事業所 | 2のユニット毎 に介護・看護1 未満 |

| 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | |
|----------------------|---|------------------------------|--|
| 定員超過減算 | 指定介護予防サービス基準第129条第2項の規定の適用を受けない指定介護予防短期入所生活介護事業所にあつては、施行規則第140条の10の規定に基づき都道府県知事に提出した運営規程に定められている利用定員を超える場合 (老人福祉法第10条の4第1項第3号の規定による市町村が行った措置によりやむを得ず利用定員を超える場合にあつては、利用定員に100分の105を乗じて得た数(利用定員が40を超える場合にあつては、利用定員に2を加えて得た数)を超える場合) | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | 指定介護予防サービス基準第129条第2項の規定の適用を受ける指定介護予防短期入所生活介護にあつては、施行規則第140条の10の規定に基づき都道府県知事に提出した特別養護老人ホームの入所定員を超える場合 (老人福祉法第10条の4第1項第3号又は第11条第1項第2号の規定による市町村が行った措置又は病院若しくは診療所に入院中の入所者の再入所の時期が見込みより早い時期となったことによりやむを得ず入所定員を超える場合にあつては、入所定員の数に100分の105を乗じて得た数(入所定員の数に100分の105を乗じて得た数(入所定員が40を超える場合にあつては、入所定員に2を加えて得た数)を超える場合) | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| 人員基準減算 | <単独型介護予防短期入所生活介護費を算定する場合> 指定介護予防サービス基準第129条に定める員数を置いていない場合 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | <併設型介護予防短期入所生活介護費を算定する場合> 指定介護予防サービス基準第165条の規定の適用を受けない指定介護予防短期入所生活介護事業所にあつては、指定介護予防サービス基準第129条に定める員数を置いていない場合 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | <併設型介護予防短期入所生活介護費を算定する場合> 指定介護予防サービス基準第165条の規定の適用を受ける指定介護予防短期入所生活介護事業所にあつては、同条第2号に定める員数を置いていない場合 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | <単独型ユニット型介護予防短期入所生活介護費を算定する場合> 利用者の数が3又はその端数を増すごとに1以上の介護職員又は看護職員を置いていない場合 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | <併設型ユニット型介護予防短期入所生活介護費を算定する場合> 利用者の数が3又はその端数を増すごとに1以上の介護職員又は看護職員を置いていない場合 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| ユニットケア減算 | 日中について、ユニットごとに常時1人以上の介護職員又は看護職員を配置していない場合 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | ユニットごとに、常勤のユニットリーダーを配置していない場合 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| 高齢者虐待防止措置未実施減算 | 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について、介護職員その他の従業者に周知徹底 | <input type="checkbox"/> 未整備 | |
| | 虐待の防止のための指針の整備 | <input type="checkbox"/> 未整備 | |
| | 介護職員その他の従業者に対し、虐待の防止のための研修を年1回以上実施 | <input type="checkbox"/> 未実施 | |
| 業務継続計画未策定減算 | 前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者の配置 | <input type="checkbox"/> 未配置 | |
| 業務継続計画未策定減算 | 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定短期入所生活介護の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じる | <input type="checkbox"/> 未整備 | |
| 共生型介護予防短期入所生活介護を行う場合 | 共生型介護予防サービスの事業を行う指定短期入所事業者が当該事業を行う事業所において共生型介護予防短期入所生活介護を行った場合 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| 生活相談員配置等加算 | 共生型介護予防短期入所生活介護費を算定している。 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | 生活相談員を、常勤換算方法で1名以上配置している。 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | 地域に貢献する活動を行っている。 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| 生活機能向上連携加算(1) | 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(病院にあつては、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(当加算において「理学療法士等」という。)の助言に基づき、当該介護予防短期入所生活介護事業所の機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者(当加算において「機能訓練指導員等」という。)が共同してアセスメント、利用者の身体の状況等の評価及び個別機能訓練計画の作成を行っている。 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | 個別機能訓練計画の作成に当たっては、指定訪問リハビリテーション事業所等の理学療法士等が、当該利用者のADL及びIADLに関する状況について、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場において把握し、又は指定介護予防短期入所生活介護事業所の機能訓練指導員等と連携してICTを活用した動画やテレビ電話を用いて把握した上で、当該事業所の機能訓練指導員等に助言を行っている。 | <input type="checkbox"/> 該当 | |

| 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | |
|---------------------|---|-----------------------------|--|
| | 個別機能訓練計画に、利用者ごとにその目標、実施時間、実施方法等の内容を記載している。目標については、利用者又はその家族の意向及び当該利用者を担当する介護支援専門員の意見を踏まえ作成することとし、当該利用者の意欲の向上につながるよう、段階的な目標を設定するなど可能な限り具体的かつ分かりやすい目標としている。 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | 個別機能訓練計画に基づき、利用者の身体機能又は生活機能の向上を目的とする機能訓練の項目を準備し、機能訓練指導員等が利用者の心身の状況に応じて計画的に機能訓練を適切に提供している。 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | 機能訓練指導員等は、各月における評価内容や目標の達成度合いについて、利用者又はその家族及び理学療法士等に報告・相談し、理学療法士等から必要な助言を得た上で、必要に応じて当該利用者又はその家族の意向を確認の上、当該利用者のADLやIADLの改善状況を踏まえた目標の見直しや訓練内容の変更など適切な対応を行っている。 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | 理学療法士等は、機能訓練指導員等と共同で、3月ごとに1回以上、個別機能訓練の進捗状況等について評価した上で、機能訓練指導員等が利用者又はその家族に対して個別機能訓練計画の内容（評価を含む。）や進捗状況等を説明している。 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | 機能訓練に関する記録（実施時間、訓練内容、担当者等）は、利用者ごとに保管され、常に当該事業所の機能訓練指導員等により閲覧が可能である。 | <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（当加算において「理学療法士等」という。）が、当該指定介護予防短期入所生活介護事業所を訪問し、当該事業所の機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者（当加算において「機能訓練指導員等」という。）と共同して、利用者の身体の状態等の評価及び個別機能訓練計画の作成を行っている。 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | 個別機能訓練計画の作成にあたっては、理学療法士等が、機能訓練指導員等に対し、日常生活上の留意点、介護の工夫等に対する助言を行っている。 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | 個別機能訓練計画に、利用者ごとにその目標、実施時間、実施方法等の内容を記載している。目標については、利用者又はその家族の意向及び当該利用者を担当する介護支援専門員の意見を踏まえ作成することとし、当該利用者の意欲の向上につながるよう、段階的な目標を設定するなど可能な限り具体的かつ分かりやすい目標としている。 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | 個別機能訓練計画に基づき、利用者の身体機能又は生活機能の向上を目的とする機能訓練の項目を準備し、機能訓練指導員等が利用者の心身の状況に応じて計画的に機能訓練を適切に提供している。 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | 機能訓練指導員等は、各月における評価内容や目標の達成度合いについて、利用者又はその家族及び理学療法士等に報告・相談し、理学療法士等から必要な助言を得た上で、必要に応じて当該利用者又はその家族の意向を確認の上、当該利用者のADLやIADLの改善状況を踏まえた目標の見直しや訓練内容の変更など適切な対応を行っている。 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | 理学療法士等は、3月ごとに1回以上指定通所介護事業所を訪問し、機能訓練指導員等と共同で個別機能訓練の進捗状況等について評価した上で、機能訓練指導員等が、利用者又はその家族に対して個別機能訓練計画の内容（評価を含む。）や進捗状況等を説明し記録するとともに、必要に応じて訓練内容の見直し等を行っている。 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | 機能訓練に関する記録（実施時間、訓練内容、担当者等）は、利用者ごとに保管され、常に当該事業所の機能訓練指導員等により閲覧が可能である。 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| 専従の機能訓練指導員を配置している場合 | <利用者の数が100以下である指定短期入所生活介護事業所の場合> 専ら機能訓練指導員の職務に従事する常勤の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師、あんまマッサージ指圧師、はり師又はきゅう師（はり師及びきゅう師については、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあんまマッサージ指圧師の資格を有する機能訓練指導員を配置した事業所で6月以上機能訓練指導に従事した経験を有する者に限る。）（当加算において「理学療法士等」という。）を1人以上配置している。 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | <利用者の数が100を超える指定短期入所生活介護事業所の場合> 専ら機能訓練指導員の職務に従事する常勤の理学療法士等を1名以上配置し、かつ、理学療法士等である従業者を機能訓練指導員として常勤換算方法で利用者の数を100で除した数以上配置している。 | <input type="checkbox"/> 該当 | |

| 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | |
|--|--|-----------------------------|---|
| 個別機能訓練加算 | 専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師、はり師又はきゅう師（はり師及びきゅう師については、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ師等の資格を有する機能訓練指導員を配置した事業所で6月以上機能訓練指導に従事した経験を有する者に限る。）（当加算において「理学療法士等」という。）を1名以上配置している。 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | 個別機能訓練を行うにあたっては、機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者（当加算において「機能訓練指導員等」という。）が居宅を訪問した上で利用者の居宅での生活状況（起居動作、ADL、IADL等の状況）を確認し、多職種が共同して、利用者ごとにその目標、実施時間、実施方法等を内容とする個別機能訓練計画を作成している。 | <input type="checkbox"/> 該当 | <input type="checkbox"/> 個別機能訓練計画書（参考様式） <input type="checkbox"/> 興味・関心チェックシート（参考様式） <input type="checkbox"/> 生活機能チェックシート（参考様式） |
| | 個別機能訓練の目標は、適切なアセスメントを経て利用者のADL及びIADLの状況を把握した上で設定されており、日常生活における生活機能の維持・向上に関するものとなっている。 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | 個別機能訓練の目標の設定にあたっては、利用者又は家族の意向及び利用者を担当する介護支援専門員の意見も踏まえ、当該利用者の意欲の向上につながるよう、段階的な目標設定するなど可能な限り具体的かつ分かりやすい目標としている。 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | 個別機能訓練が、介護予防短期入所生活介護事業所を計画的又は期間を定めて利用する者に対して、計画的に行われている。 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | 個別機能訓練は、類似の目標を持ち同様の訓練内容が設定された5人程度以下の小集団（個別対応含む）に対して機能訓練指導員が直接行い、必要に応じて事業所内外の設備等を用いた実践的かつ反復的な訓練としている。 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | 個別機能訓練を、概ね週1回以上を目安に実施している。 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | 個別機能訓練時間を、個別機能訓練計画に定めた訓練内容の実施に必要な1回あたりの訓練時間を考慮し、適切に設定している。 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | 個別機能訓練を開始した後に、個別機能訓練計画に基づいて行った個別機能訓練の効果、実施時間、実施方法等について評価等を行っている。 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | 個別機能訓練を開始した後に、3月ごとに1回以上、利用者の居宅を訪問し、利用者の居宅での生活状況を確認した上で、利用者又はその家族や進捗状況等を説明し記録するとともに訓練内容の見直し等を行っている。 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | 個別機能訓練を開始した後に、個別機能訓練の評価内容や個別機能訓練計画の目標の達成度合いについて、当該利用者を担当する介護支援専門員等に適宜報告・相談し、必要に応じて利用者等の意向を確認の上、当該利用者のADL及びIADLの改善状況を踏まえた目標の見直しや訓練内容の変更など適切な対応を行っている。 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| 個別機能訓練に関する記録（実施時間、訓練内容、担当者等）は、利用者ごとに保管され、常に当該事業所の個別機能訓練の従事者により閲覧が可能であるようにしている。 | <input type="checkbox"/> 該当 | | |
| 認知症行動・心理症状緊急対応加算 | 医師が、認知症の行動・心理症状（認知症による認知機能の障害に伴う、妄想・幻覚・興奮・暴言等の症状）が認められるため、在宅での生活が困難であり、緊急に指定介護予防短期入所生活介護を利用することが適当であると判断した者に対し、指定介護予防短期入所生活介護を行っている。 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | 指定介護予防短期入所生活介護の利用の開始にあたっては、介護支援専門員、受入事業所の職員と連携し、利用者又は家族から同意を得ている。 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | 同加算を算定する利用者は、以下のいずれにも該当していない。 A 病院又は診療所に入院中の者であって、退院後直接介護予防短期入所生活介護の利用を開始した者 B 介護予防認知症対応型共同生活介護、介護予防特定施設入居者生活介護、介護予防短期入所生活介護、介護予防短期入所療養介護及び介護予防短期利用認知症対応型共同生活介護を利用中の者であって、利用後直接介護予防短期入所生活介護の利用を開始した者 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | 判断を行った医師は診療録等に症状、判断の内容等を記録している。 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | 当該事業所は、判断を行った医師名、日付及び利用開始に当たっての留意事項等を介護予防サービス計画書に記録している。 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| 若年性認知症利用者受入加算 | 受け入れた若年性認知症利用者（初老期における認知症によって要介護者となった者）ごとに個別に担当者を定めている。 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | 担当者を中心に、当該利用者の特性やニーズに応じたサービス提供を行っている。 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | 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"/> 該当 | |

| 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | |
|--|--|--------------------------------|--------|
| 利用者に対して送迎を行う場合 | 同加算を算定する利用者は、利用者の心身の状態、家族等の事情等からみて送迎を行うことが必要と認められる者である。 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | 指定介護予防短期入所生活介護事業所の従業者が、利用者に対し、その居宅と当該事業所との間の送迎を行っている。 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| 口腔連携強化加算 | 事業所の従業者が、口腔の健康状態の評価を実施した場合において、利用者の同意を得て、歯科医療機関及び介護支援専門員に対し、当該評価の結果の情報提供を行っている | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | 従業者が利用者の口腔の健康状態に係る評価を行うに当たって、歯科診療報酬点数表の区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料の算定の実績がある歯科医療機関の歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士に相談できる体制を確保し、その旨を文書等で取り決めていること | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | 次のいずれにも該当しないこと 他の介護サービスの事業所において、当該利用者について、栄養状態のスクリーニングを行い、口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)を算定している場合を除き、口腔・栄養スクリーニング加算を算定していること | <input type="checkbox"/> 該当しない | |
| | 当該利用者について、口腔の健康状態の評価の結果、居宅療養管理指導が必要であると歯科医師が判断し、初回の居宅療養管理指導を行った日の属する月を除き、指定居宅療養管理指導事業所が歯科医師又は歯科衛生士が行う居宅療養管理指導を算定している | <input type="checkbox"/> 該当しない | |
| 療養食加算 | 当該事業所以外の介護サービス事業所において、当該利用者について、口腔連携強化加算を算定している | <input type="checkbox"/> 該当しない | |
| | 利用者の症状等に応じて、主治の医師より利用者に対し疾患治療の直接手段として発行された食事箋に基づき、利用者の年齢、病状等に対応し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（流動食は除く）、貧血食、降圧病食、脂質異常症食、痛風食及び特別な場合の検査食を提供している。 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | 食事の提供が管理栄養士又は栄養士によって管理されている。 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | 療養食の献立表が作成されている。 | <input type="checkbox"/> 該当 | 療養食献立表 |
| | <減塩食療法を行う場合> 心臓疾患等の減塩食は、総量6.0g未満の減塩食としてい | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | <減塩食療法を行う場合> 高血圧症に対して行うものではない。 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | <胃潰瘍食を提供する場合> 手術前後に与える高カロリー食ではない。 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | <貧血食を提供する場合> 血中ヘモグロビン濃度が10g/dl以下であり、その原因が鉄分の欠乏に由来する者に対して提供している。 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| <脂質異常症食を提供する場合> 空腹時定常状態におけるLDL-コレステロール値が140mg/dl以上である者又はHDL-コレステロール値が40mg/dl未満若しくは血清中性脂肪値が150mg/dl以上である者に対して提供している。 | <input type="checkbox"/> 該当 | | |
| 定員超過利用・人員基準欠如が発生していない。 | <input type="checkbox"/> 該当 | | |
| 認知症専門ケア加算(Ⅰ) | 指定介護予防短期入所生活介護事業所の利用者の総数のうち、日常生活に支障を来すおそれのある症状若しくは行動が認められることから介護を必要とする認知症の者（日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する者）（当加算において「対象者」という。）の占める割合が2分の1以上である。 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | 上記の割合は、算定日が属する月の前3月間の利用者実人員数又は利用延人員数（要介護者を含む）の平均により算定している。 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | 認知症介護に係る専門的な研修（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）を修了している者を、対象者の数が20人未満である場合にあっては1以上、当該対象者の数が20人以上である場合にあっては1に当該対象者の数が19を超えて10又はその端数を増すごとに1を加えて得た数以上配置し、チームとして専門的な認知症ケアを実施している。 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | 当該事業所の従業者に対する認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議を定期的に開催している。 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| 認知症専門ケア加算(Ⅱ) | 指定介護予防短期入所生活介護事業所の利用者の総数のうち、日常生活に支障を来すおそれのある症状若しくは行動が認められることから介護を必要とする認知症の者（日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する者）（当加算において「対象者」という。）の占める割合が2分の1以上である。 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | 上記の割合は、算定日が属する月の前3月間の利用者実人員数又は利用延人員数（要介護者を含む）の平均により算定している。 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | 認知症介護に係る専門的な研修（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）を修了している者を、対象者の数が20人未満である場合にあっては1以上、当該対象者の数が20人以上である場合にあっては1に当該対象者の数が19を超えて10又はその端数を増すごとに1を加えて得た数以上配置し、チームとして専門的な認知症ケアを実施している。 | <input type="checkbox"/> 該当 | |

| 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | |
|-----------------|--|-----------------------------|--|
| | (1) 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において、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機器（以下「介護機器」という。）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"/> 該当 | |
| | (2) (1) 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 | |
| | (3) 介護機器を複数種類活用している | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | (4) (1) の委員会において、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 | |
| | (5) 事業年度ごとに(1)、(3)及び(4)の取組に関する実績を厚生労働省に報告する | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | (1) 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において、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機器（以下「介護機器」という。）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"/> 該当 | |
| | (2) 介護機器を活用している | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | (3) 事業年度ごとに(2)及び(1)の取組に関する実績を厚生労働省に報告する | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | 当該事業所の従業者に対する認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議を定期的に開催している。 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | 認知症介護の指導に係る専門的な研修（認知症介護指導者研修、認知症看護に係る適切な研修）を修了している者を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している。 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | 当該事業所における介護職員、看護職員ごとの認知症ケアに関する研修計画を作成し、当該計画に従い、研修を実施又は実施を予定している。 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| サービス提供体制強化加算(Ⅰ) | 1 次の(1)又は(2)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 | |
| | 2 定員、人員基準に適合 | <input type="checkbox"/> あり | |
| | 3 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) | 1 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 | |
| | 2 定員、人員基準に適合 | <input type="checkbox"/> あり | |
| | 3 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 | |
| サービス提供体制強化加算(Ⅲ) | 1 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 | |
| | 2 定員、人員基準に適合 | <input type="checkbox"/> あり | |
| | 3 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 | |