

令和6年度 運営状況点検書

(地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護)

点検日 令和 年 月 日	点検者（職・氏名）※原則として、管理者が行なってください
----------------------------------	------------------------------

○事業所番号、事業所の名称、連絡先等を正確に記載してください。

事業所	介護保険事業所番号	1	4								
	フリガナ										
	名称										
	住所	(〒 -)									
	連絡先	電話番号	-	-	FAX番号	-	-				
	ユニット名						定員	人			
	ユニット開設年月日	年 月 日			利用者数	a	人				

上記の「利用者数」は、「利用者数一覧表」の a の値を記入してください。

I 人員に関する報告

1 管理者について

管理者のお名前を記載してください。当該事業所内で他の職種を兼務している場合には、その職種名（例：計画作成担当者）を記載してください。

また、同一敷地内の他の事業所（他のサービス）で兼務している場合には、事業所名、職種名及び1週間あたりの勤務時間数を記載してください。

氏名					
当該事業所で兼務する職種					
同一敷地内で兼務する他の事業所名		職種		時間数 (1週)	

※ 以前に届出ている管理者と変更されている場合は、この報告とは別に「変更届出」が必要となりますので、変更届等も提出してください。

2 令和6年6月の勤務実績に基づき、「勤務形態一覧表」を作成してください。

- ① 指定基準上必要な職種を全部記載してください。
- ② 資格が必要な職種については、所有している資格を記載してください。

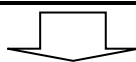
- ③ 従業員ごとに勤務予定時間数を記載してください。
- ④ 専従、兼務、常勤、非常勤の別を正確に記載してください。
- ⑤ 月間勤務時間数、週勤務時間数を計算してください。
- ⑥ 介護職員全員分の週勤務時間数を合計してください。
- ⑦ ⑥を常勤換算してください（合計した週勤務時間数を貴事業所の常勤の勤務時間数で割る）

3 「計画作成担当者の1年間の配置状況」を作成し、令和5年7月～令和6年6月までの計画作成担当者の配置状況を報告してください。

4 基準に従った人員配置がされているかどうかについて、「はい」又は「いいえ」を○で囲んでください。

(1) 管理者について

①	常勤専従職員を配置していますか。（ただし、管理業務に支障がない場合は、他の事業所、施設等又は本体施設の職務（本体施設が病院又は診療所の場合は、管理者としての職務を除く。）に従事することができる。）	は い ・ いいえ
---	--	-----------------



「いいえ」と答えた場合は、基準違反です。
早急に保険者に連絡のうえ、基準を満たした管理者を配置してください。

(2) 医師

基 準	入所者に対し健康管理及び療養上の指導を行うために必要な数
-----	------------------------------

①	入所者に対し健康管理及び療養上の指導を行うために必要な数を配置していますか。（ただし、サテライト型居住施設の医師については、本体施設の医師が入所者全員の病状等を把握し施設療養全体の管理に責任を持つ場合であって、入所者の処遇が適切に行われると認められるときを除く。）	は い ・ いいえ
②	①で「いいえ」と答えた場合、本体施設に必要な数の医師を配置していますか。	は い ・ いいえ



②で「いいえ」と答えた場合は、基準違反です。
早急に保険者に連絡のうえ、基準を満たす医師を配置してください。

(3) 生活相談員

基準	常勤職員を1以上
----	----------

①	常勤の生活相談員を1以上配置していますか。(ただし、サテライト型居住施設の生活相談員については、常勤換算方法で1以上の基準を満たしている場合は非常勤の者であっても差し支えない。また、本体施設の生活相談員により、サテライト型居住施設の入所者の処遇が適切に行われると認められるときは、置かないことができる。)	はい いいえ
②	①で「いいえ」と答えた場合は、本体施設には必要な生活相談員を配置していますか。	はい いいえ



②で「いいえ」と答えた場合は、基準違反です。

早急に保険者に連絡のうえ、基準を満たす職員を配置してください。

(4) 看護師若しくは准看護師(以下看護職員)又は介護職員

基準	常勤換算方法で利用者の数が3又はその端数を増すごとに1以上
----	-------------------------------

①	看護職員及び介護職員の合計数は常勤換算方法で利用者の数が3又はその端数を増すごとに1以上としていますか。	はい いいえ
②	ユニット型の場合、昼間については、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ますか。	はい いいえ
③	ユニット型の場合、夜間及び深夜については、2ユニットごとに1人以上の介護職員又は看護職員を配置していますか。	はい いいえ
④	ユニット型の場合、ユニットごとに常勤のユニットリーダーを配置していますか。	はい いいえ



いずれかで、「いいえ」と答えた場合は、基準違反です。

早急に保険者に連絡のうえ、基準を満たす職員を配置してください。

基準	看護職員の数は1以上
----	------------

①	常勤の看護職員を1以上配置していますか。(ただし、サテライト型居住施設の看護職員については、常勤換算方法で1以上とする。基準を満たしている場合は、非常勤であっても差し支えない。)	はい いいえ
---	---	-----------

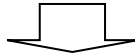


「いいえ」と答えた場合は、基準違反です。

早急に保険者に連絡のうえ、基準を満たす職員を配置してください。

基準	常に1以上の常勤の介護職員が確保されること
----	-----------------------

①	常に1以上のサービス提供に当たる介護職員が確保されていますか。そのうち、1人以上は常勤の者ですか。	はい ・ いいえ
---	---	----------------



「いいえ」と答えた場合は、基準違反です。

早急に保険者に連絡のうえ、基準を満たす職員を配置してください。

(5) 栄養士又は管理栄養士

基準	1以上
----	-----

①	栄養士又は管理栄養士を1以上配置していますか。	はい ・ いいえ
②	①で「いいえ」と答えた場合、サテライト型居住施設であって、本体施設の栄養士若しくは管理栄養士によるサービス提供が入居者に適切に行われていますか。	はい ・ いいえ



「いいえ」と答えた場合は、基準違反です。

早急に保険者に連絡のうえ、基準を満たす職員を配置してください。

(6) 機能訓練指導員

基準	1以上
----	-----

①	機能訓練指導員を1以上配置していますか。 (機能訓練に係る加算を算定していない場合についても、利用者に必要な機能訓練を行うことが可能な時間数の配置を行うこと。)	はい ・ いいえ
---	---	----------------

②	<p>①で「はい」と答えた場合、機能訓練指導員は、<u>日常生活を営むのに必要な機能を改善し、又はその減退を防止するための訓練を行う能力を有すると求められる者</u>ですか。</p> <p>(下線に該当する者は、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師、はり師又はきゅう師(はり師又は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。)のいずれかの資格を有している者。)</p>	はい ・ いいえ
③	①で「いいえ」と答えた場合、サテライト型居住施設であって、本体施設の機能訓練指導員等のサービス提供が入所者に適切に行われていますか。	はい ・ いいえ



「いいえ」と答えた場合は、基準違反です。

早急に保険者に連絡のうえ、基準を満たす職員を配置してください。

(7) 介護支援専門員

基 準	1 以上
-----	------

①	専らその職務に従事する常勤の介護支援専門員を1以上配置していますか。	はい ・ いいえ
②	①で「いいえ」と答えた場合、サテライト型居住施設であって、本体施設の介護支援専門員のサービス提供が、入所者に適切に行われていますか。	はい ・ いいえ



「いいえ」と答えた場合は、基準違反です。

早急に保険者に連絡のうえ、基準を満たす職員を配置してください。

Ⅱ 運営に関する報告

以下の質問表は、厚生省令等により介護保険事業者の責務として定められている項目の一部です。順番に内容を良く確認しながら、右端の欄に「○」又は「×」を記載してください。

なお、これらの内容は、二宮町が行う実地指導時の指導ポイントとも重複するので、その内容を十分に確認し、できていない場合には、至急改善を行ってください。

行っている場合は、「○」
行っていない場合は、「×」を記入

(1) サービス提供の記録

①	サービスを提供した際に、提供した具体的なサービスの内容等を記録している。	
---	--------------------------------------	--

(2) 地域密着型施設サービス計画の作成

①	介護支援専門員に施設サービス計画の作成に関する業務を担当させていますか。	
②	計画担当介護支援専門員は、解決すべき課題の把握（アセスメント）に当たっては、入所者及びその家族に面接して行なっていますか。	
③	計画担当介護支援専門員は、サービス担当者会議（テレビ電話装置等を活用して行うことができる。）の開催、担当者に対する照会等により、施設サービス計画の原案の内容について、担当者から、専門的な見地からの意見を求めていますか。	
④	計画担当介護支援専門員は、施設サービス計画の原案の内容について入所者又はその家族に対して説明し、文書により、入所者の同意を得ていますか。また、施設サービス計画を入所者に交付していますか。	
⑤	計画担当介護支援専門員は、施設サービス計画の作成後、施設サービス計画の実施状況の把握（モニタリング）を行い、必要に応じて施設サービス計画の変更を行っていますか。	
⑥	実施状況の把握（モニタリング）に当たっては、入所者及びその家族並びに担当者との連絡を継続的に行い、定期的に入所者に面接を行い、モニタリングの結果を記録していますか。	
⑦	計画担当介護支援専門員は、利用者が要介護更新認定、要介護状態区分変更を受ける場合、又はサービス計画の変更を行う場合、サービス担当者会議の開催、担当者に対する照会等により、施設サービス計画の変更の必要性について、担当者から、専門的な見地からの意見を求めていますか。	

(3) 運営規程

①	次に掲げる施設の運営についての重要事項に関する規程（運営規程）を定めていますか。 1. 施設の目的及び運営の方針 2. 従業者の職種、員数及び職務の内容 3. 入所定員（ユニット型の場合、ユニットの数及びユニットごとの入居定員） 4. 入所者に対するサービスの内容及び利用料その他の費用の額	
---	---	--

<p>5. 施設の利用に当たっての留意事項 6. 緊急時等における対応方法 7. 非常災害対策 8. 虐待の防止のための措置に関する事項 9. その他施設の運営に関する重要事項 (身体的拘束の手続き、従業者への研修体制、協力病院、従業者及び従業者であった者の秘密保持、事故発生時の対応、苦情処理の体制等)</p>	
---	--

(4) 内容及び手続の説明及び同意

①	サービスの提供の開始に際しては、あらかじめ、入所申込者又はその家族に対し、運営規程の概要、従業者の勤務の体制その他の入所申込者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を記した文書を交付して説明を行い、又は電磁的な対応による代替手段を講ずることにより、当該提供の開始について入所申込者の同意を得ていますか。	
②	重要事項を記した文書が最新の状況を反映したものになっていますか。(従業者の勤務体制・料金表等)	

(5) 利用料等の受領

①	通院等の外出介助に係る付き添い料、介護上必要な福祉用具に係る費用、定期健康診断に係る費用、機能訓練に係る材料費、洗濯に係る費用(外部のクリーニング店に取り継ぐものを除く)、おむつ代等を入所者から徴収していませんか。	
②	サービスの提供に当たっては、あらかじめ、入所者又はその家族に対し、当該サービス内容及び費用を記した文書を交付して説明を行い、入所者から文書により、同意を得ていますか。	
③	入所者から1割、2割または3割負担分を徴収していませんか。(生活保護や公費負担等の場合を除く)	
④	入所者等に対して、領収書を発行していませんか。	

(6) 介護

①	一週間に二回以上、適切な方法により、入所者を入浴させ、又は清しきしていますか。 (ユニット型)適切な方法により、入居者に入浴の機会を提供していますか。	
②	入所者の心身の状況に応じた排泄の介助、おむつを使用せざるを得ない入居者についてのおむつ交換を適切に実施していますか。	
③	褥瘡が発生しないよう適切な介護を行うとともに、その発生を予防するための体制を整備していますか。	

(7) 食事

①	栄養並びに入所者の心身の状況及び嗜好を考慮した食事を、適切な時間に提供していますか。また、入所者が可能な限り離床して、食堂(ユニット型の場合共同生活室)で食事を摂ることを支援していますか。	
---	--	--

(8) 社会生活上の便宜の提供等

①	教養娯楽設備等を備えるほか、適宜入所者のためのレクリエーション行事を行っていますか。 (ユニット型)入居者の嗜好に応じた趣味、教養又は娯楽に係る活動の機会を提供するとともに、入居者が自律的に行うこれらの活動を支援していますか。	
②	入所者が日常生活を営むのに必要な行政機関等に対する手続について、その者又はその家族において行うことが困難である場合は、その者の同意を得て、代わって行っていますか。	
③	常に入所者の家族との連携を図るとともに、入所者とその家族との交流等の機会を確保するよう努めていますか。	
④	入所者の外出の機会を確保するよう努めていますか。	

(9) 機能訓練

①	入所者に対し、その心身の状況等に応じて、日常生活を営むのに必要な機能を改善し、又はその減退を防止するための訓練を行っていますか。	
---	--	--

(10) 健康管理

①	施設の医師又は看護職員は、常に入所者の健康の状況に注意し、必要に応じて健康保持のための適切な措置を採っていますか。	
---	---	--

(11) 入所者の入院期間中の取扱い

①	入所者について、病院又は診療所に入院する必要がある場合であって、入院後おおむね3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、退院後再び当該施設に円滑に入所することができるようにしていますか。	
---	---	--

(12) 定員の遵守

①	災害、虐待その他のやむを得ない事情がある場合を除き、入所定員(ユニット型の場合、ユニットごとの定員)及び居室の定員を超えて入所させていませんか。	
---	--	--

(13) 非常災害対策

①	非常災害に関する具体的な計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に従業者に周知するとともに、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行っていますか。	
②	訓練の実施に当たって、地域住民の参加が得られるよう連携に努めていますか。	
③	非常災害訓練の実施日はいつですか。 避難訓練 実施日 < 年 月 日 > 救出訓練 実施日 < 年 月 日 > その他()訓練 実施日 < 年 月 日 >	

(14) 衛生管理

①	入所者の使用する食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講ずるとともに、医薬品及び医療機器の管理を適正に行っていますか。	
②	感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を概ね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っていますか。	
③	感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための指針を整備している。また、介護職員その他の従業者に対し、感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための研修を定期的に（年2回以上）実施していますか。また、新規採用時には別に研修を実施していますか。	
④	感染症の予防及びまん延の防止のための訓練を定期的に（年2回以上）実施していますか。	

(15) 協力医療機関等

①	入院治療を必要とする入所者のために、あらかじめ、協力医療機関を定めていますか。	
②	1年に1回以上、協力医療機関との間で、利用者の病状が急変した場合等の対応を確認するとともに、協力医療機関の名称等を町長に届け出ていますか。	
③	協力医療機関が第2種協定指定医療機関である場合、当該医療機関との間で、新興感染症の発生時等の対応について協議を行っていますか。	

(16) 秘密保持

①	正当な理由がなく、その業務上知り得た入所者又はその家族の秘密を漏らしていない。また、従業者であった者が、正当な理由がなく、その業務上知り得た入所者又はその家族の秘密を漏らすことがないよう、必要な措置を講じていますか。	
②	居宅介護支援事業者等に対して、入所者に関する情報を提供する際には、あらかじめ文書により、入所者の同意を得ていますか。	

(17) 苦情に対する対応

①	入所者及びその家族からの苦情を受け付けるための窓口を設置し、相談窓口、苦情処理の体制及び手順等、苦情を処理するために講じる措置の概要を重要事項説明書等に記載していますか。	
②	苦情を受け付けた場合には、苦情の内容等を記録していますか。	

(18) 緊急時等の対応

①	現にサービスの提供を行っているときに入所者の病状の急変が生じた場合その他必要な場合のため、あらかじめ、配置医師との連携方法その他の緊急時等における対応方法を定めていますか。	
②	医師及び協力医療機関の協力を得て、1年に1回以上、緊急時等における対応方法の見直しを行い、必要に応じて緊急時等における対応方法の変更を行っていますか。	

(19) 事故発生の防止及び発生時の対応

①	事故が発生した場合の対応や事故報告の方法等が記載された事故発生の防止のための指針を整備していますか。	
②	事故が発生した場合又はそれに至る危険性がある事態（ヒヤリハット）が生じた場合に、当該事実が報告され、その分析を通じた改善策について、従業者に周知徹底を図る体制を整備していますか。	
③	事故発生の防止のための委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）及び従業者に対する研修を定期的に行っていますか。	
④	前3項目に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置いていますか。	
⑤	サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに町、入所者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じていますか。	
⑥	事故の状況及び事故に際して採った処置について記録していますか。	
⑦	サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行っていますか。	

(20) 会計の区分

①	施設サービスの事業の会計をその他の事業の会計と区分していますか。	
---	----------------------------------	--

(21) 記録の整備

①	従業者、設備及び会計に関する諸記録を整備していますか。	
②	施設サービス計画、提供した具体的なサービスの内容等の記録、身体的拘束等の態様及び時間、その際の入所者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由の記録、市町村への通知に係る記録、苦情の内容等の記録、事故の状況及び事故に際して採った処置についての記録、運営推進会議への活動状況の報告、評価、要望、助言等の記録を整備し、入所者へのサービス終了時から5年間保存していますか。	

(22) 虐待の防止

⑧	虐待の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を定期的開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図っていますか。	
⑨	虐待の防止のための指針を整備していますか。	
⑩	従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施していますか。	
⑪	前3項目に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置いていますか。	

(23) 取扱方針・身体拘束

(身体拘束の事例がない場合で、回答が不能な場合は回答欄にーを引いてください)

①	入所者又は他の入所者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等を行っていませんか。	
②	やむを得ず身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の入所者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録していますか。	
③	身体的拘束等の適正化を図るため、次に掲げる措置を講じていますか。 (1) 身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）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員に周知徹底を図ること。 (2) 身体拘束等の適正化のための指針を整備すること。 (3) 介護職員その他の従業員に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的実施すること。	

(24) 地域との連携等

①	利用者、利用者の家族、地域住民の代表者、二宮町職員又は地域包括支援センターの職員、地域密着型介護老人福祉施設について知見を有する者等により構成される運営推進会議を設置し、おおむね2月に1回以上開催していますか。	
②	運営推進会議の報告、評価、要望、助言等についての記録を作成し、記録を公表していますか。	

(25) 栄養管理

①	入所者の栄養状態の維持及び改善を図り、自立した日常生活を営むことができるよう、各入所者の状態に応じた栄養管理を計画的に行っていますか。	
---	---	--

(26) 口腔衛生の管理

①	入所者の口腔の健康の保持を図り、自立した日常生活を営むことができるよう、口腔衛生の管理体制を整備し、各入所者の健康の状況に注意し、必要に応じて健康保持のための適切な措置を行っていますか。	
---	---	--

(27) 勤務体制の確保等

①	入所者に対し、適切なサービスを提供できるよう、従業員の勤務の体制を定めていますか。	
	【ユニット型】 次に定める職員配置を行っていますか。 (1) 昼間については、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すること。 (2) 夜間及び深夜については、2ユニットごとに1人以上の介護職員又は看護職員を夜間及び深夜の勤務に従事する職員として配置すること。 (3) ユニットごとに、常勤のユニットリーダーを配置すること。	
②	施設の従業員によりサービスを提供していますか（ただし、入所者の処遇に直接影響を及ぼさない業務については、この限りではない）。	
③	従業員の資質の向上のための研修の機会を確保していますか。	

④	全ての従業者（看護師、准看護師、介護福祉士、介護支援専門員、法第8条第2項に規定する政令で定める者等の資格を有する者その他これに類する者を除く。）に対し、認知症介護に係る基礎的な研修を受講させるために必要な措置を講じていますか。	
⑤	職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより従業者の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じていますか。	

(28) 業務継続計画の策定

①	感染者や非常災害の発生時において、利用者に対するサービス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（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じていますか。	
②	従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施していますか。	
③	定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行っていますか。	

(29) 研修

令年度に実施（予定を含む）した研修について、下表に記載してください。

	実施年月日	研修出席者	研修内容
所内研修			
所外研修			

欄が足りない場合は、別紙に記載して添付してください。

※ 研修出席者には、対象とする職種（例：全訪問介護員、新任ヘルパー、サービス提供責任者、管理者）を記載してください。

※ 研修を行っていない場合は、「研修内容」欄に「実施なし」と記載してください。

→

今年度は、事業所で年間研修計画をつくり、研修を実施してください。

<注意点>

- 以上の項目は、運営基準に定められている内容の一部であり、事業開始後に遵守しなければならないものです。
- 運営基準違反のまま事業を継続している場合、指定基準等の違反として指導等の対象となります。なお、重大な違反状態の場合には、指定取り消しとなる場合もあります。

Ⅲ 介護報酬の請求

介護報酬の請求は、提供したサービスの内容を良く確認した上で、適正に行う必要があります。従って、誤って請求したことが判明した場合には、速やかに、自主的に過誤調整をしてください（利用者負担分も含む）。

- (1) 貴事業所が実際に行っている介護報酬の請求の流れについて、下記の欄に記載してください。（図等を使って、具体的に書いてください。）
(実績の確認は、誰が、何を見て内容を確認した上で、国保連に請求を行っているか)

- ※ ポイント ①実績の確認（サービス提供記録があった上で請求しているか）
②複数の目によりダブルチェックが行われているか。

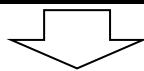
(2) 加算の状況について記載し、チェックしてください

どちらかに○を付ける

日常生活継続支援加算	1 なし	2 あり (加算Ⅰ・加算Ⅱ)
------------	------	----------------

○ 「2 あり」の場合は、以下の問いにお答えください。

①	加算算定月の前6月又は前12月について、新規入所者の総数のうち、以下のいずれかに該当する場合に算定していますか。	い る ・ い ない
	ア 要介護状態区分が要介護4若しくは要介護5の者の占める割合が100分の70以上 ・ <u>前6月・前12月の新規入所者数</u> 人…(a) ・ <u>このうち要介護4又は要介護5の者</u> 人…(b) ・ <u>割合</u> %…(b)/(a)	
	イ 認知症高齢者の日常生活自立度がⅢ、Ⅳ又はMに該当する入所者の占める割合の100分の65以上 ・ <u>このうちⅢ、Ⅳ又はMに該当する者</u> 人…(c) ・ <u>割合</u> %…(c)/(a)	
	ウ 社会福祉士及び介護福祉士法施行規則第1条各号に掲げる行為を必要とする者の占める割合が入所者の100分の15以上 ・ <u>入所者総数</u> 人…(d) ・ <u>第1条各号の該当者</u> 人…(e) ・ <u>割合</u> %…(e)/(d)	
②	介護福祉士の数が、常勤換算方法で入所者の数が6 (テクノロジーの導入により算定する場合は7) 又はその端数を増すごとに1以上配置していますか。(併設型のショートと兼務している職員については、老福での勤務にかかると部分のみを計算の対象とすること。) ・ <u>入所者総数</u> 人 ÷ 6 (テクノロジー導入の場合は7) = 人 <u>≦ 介護福祉士の員数 (加算算定月の前3月の平均)</u> 人 〔 介護福祉士の常勤換算後の員数 <u>3月前の人数</u> 人 <u>2月前の人数</u> 人 <u>1月前の人数</u> 人 〕	い る ・ い ない
③	入所定員超過減算・人員基準欠如減算に該当していますか。	い る ・ い ない
④	サービス提供体制強化加算を算定していますか。	い る ・ い ない

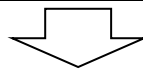


①、②で「いない」もしくは③、④で「いる」に○がついた場合は、日常生活継続支援加算は算定できません。至急加算の取り下げの届出を提出するとともに、過去の請求分については返還してください。

看護体制加算	1 なし	2 あり
--------	------	------

○ 「2 あり」の場合は、以下の問いにお答えください。

①	(看護体制加算Ⅰ) 常勤の看護師を1名以上配置していますか。	いる・いない
②	(看護体制加算Ⅱ) 看護職員を、常勤換算方法で2名以上配置していますか。	いる・いない
③	(看護体制加算Ⅱ) 施設の看護職員により、又は病院、診療所、若しくは訪問看護ステーションの看護職員との連携により、24時間の連絡体制を確保していますか。	いる・いない
④	(看護体制加算Ⅰ・Ⅱ共通) 入所定員超過減算・人員基準欠如減算に該当していますか。	いる・いない

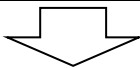


①で「いない」もしくは④で「いる」に○がついた場合、看護体制加算Ⅰは算定できません。②又は③に「いない」もしくは④に「いる」に○がついた場合、看護体制加算Ⅱは算定できません。至急加算の取り下げの届出を提出するとともに、過去の請求分については返還してください。

夜勤職員配置加算	1 なし	2 あり
----------	------	------

○ 「2 あり」の場合は、以下の問いにお答えください。

①	別に厚生労働大臣が定める夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準に規定する夜勤を行う介護職員又は看護職員の数に1を加えた数以上の数の介護職員又は看護職員を配置していますか。 夜勤基準に1を加えた人数 名	いる・いない
②	①で「いない」に○がついた場合、見守り機器を入所者の数の100分の10以上設置、または「見守り機器を安全かつ有効に活用するための委員会」での検討実施のいずれかに適合し、基準の数に0.9を加えた数以上の数の介護職員又は看護職員を配置していますか。	いる・いない
③	①で「いない」に○がついた場合、見守り機器を入所者の数の100分の10以上設置し、夜勤職員全員がインカム等のICTを使用していること、または安全体制を確保していることのいずれかに適合し、基準の数に0.6を加えた数以上の数の介護職員又は看護職員を配置していますか。	いる・いない



②、③で「いない」に○がついた場合、夜勤職員配置加算を算定できません。至急加算の取り下げの届出を提出するとともに、過去の請求分については返還してください。

生活機能向上連携加算	1 なし	2 あり (加算Ⅰ・加算Ⅱ)
------------	------	----------------

○ 「2 あり」の場合は、以下の問いにお答えください。

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の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は医師が当該施設を訪問していますか。	いる・いない
---	--	--------

②	①のものが機能訓練指導員等と共同して、入所者ごとにアセスメント、身体状況の評価及び個別機能訓練計画の作成をしていますか。	いる・いない
③	②で作成した計画に基づいて機能訓練指導員等が計画的に機能訓練を行っていますか。	いる・いない
④	②の評価に基づき、個別機能訓練計画の進捗状況等を3月ごとに1回以上評価し、利用者又はその家族に対し、機能訓練の内容と個別機能訓練計画の進捗状況等を説明し、必要に応じて訓練内容の見直し等を行っていますか。	いる・いない

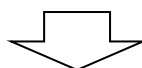


①～④のいずれかに「いない」に○がついた場合、生活機能向上連携加算は算定できません。至急加算の取り下げの届出を提出するとともに、過去の請求分については返還してください。

個別機能訓練加算	1 なし	2 あり（加算Ⅰ・加算Ⅱ・加算Ⅲ）
----------	------	-------------------

○ 「2 あり」の場合は、以下の問いにお答えください。

①	常勤専従の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、又はあん摩マッサージ指圧師、はり師、きゆう師（はり師及びきゆう師については、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。）を1名以上配置していますか。	いる・いない
②	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もものが共同して入所者ごとに個別機能訓練計画を作成し、当該計画に基づき、計画的に機能訓練を行っていますか。	いる・いない
③	開始時及びその3月ごとに1回以上利用者に対して個別機能訓練計画の内容を説明し、記録していますか。利用者に対する説明は、テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。ただし、テレビ電話装置等の活用について当該者等の同意を得なければならないこと。	いる・いない
④	実施時間、訓練内容、担当者等の記録は、利用者ごとに保管され、常に当該施設の個別機能訓練の従事者により閲覧が可能な状態にしていますか。	いる・いない
⑤	（個別機能訓練加算Ⅱ・Ⅲ）厚生労働省への提出情報及びフィードバック情報を活用し、PDCAサイクルによりサービスの質の管理を行っていますか。	いる・いない
⑥	（個別機能訓練加算Ⅲ）口腔衛生管理加算（Ⅱ）及び栄養マネジメント強化加算を算定していますか。	いる・いない
⑦	（個別機能訓練加算Ⅲ）入所者ごとに、理学療法士が、個別機能訓練計画の内容等の情報その他機能訓練の適切かつ有効な実施のために必要な情報、入所者の口腔の健康状態に関する情報及び入所者の栄養状態に関する情報を相互に共有していますか。	いる・いない
⑧	（個別機能訓練加算Ⅲ）必要に応じて個別機能訓練計画の見直しを行い、当該見直しの内容について、理学療法士等の関係職種間で共有していますか。	いる・いない

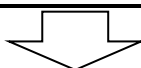


加算Ⅰの場合、①～④のいずれかに「いない」に○がついた場合、個別機能訓練加算は算定できません（加算Ⅱの場合は①～⑤、加算Ⅲの場合は①～⑧）。至急加算の取り下げの届出を提出するとともに、過去の請求分については返還してください。

若年性認知症入所者受入加算	1 なし 2 あり
---------------	----------------

○ 「2 あり」の場合は、以下の問いにお答えください。

①	若年性認知症入所(利用)者に対してサービスを行っていますか。	いる・いない
②	受け入れた若年性認知症入所(利用)者ごとに個別の担当者を定めていますか。	いる・いない
③	認知症行動・心理症状緊急対応加算を算定していますか。	いる・いない

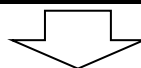


①、②の「いない」もしくは③の「いる」に○がついた場合、若年性認知症入所者受入加算は算定できません。至急加算の取り下げの届出を提出するとともに、過去の請求分については返還してください。

常勤専従医師配置加算	1 なし 2 あり
------------	----------------

○ 「2 あり」の場合は、以下の問いにお答えください。

①	常勤専従の医師を1名以上配置していますか。	いる・いない
---	-----------------------	--------

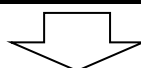


「いない」に○がついた場合、常勤専従医師配置加算は算定できません。至急加算の取り下げの届出を提出するとともに、過去の請求分については返還してください。

精神科医師定期的療養指導加算	1 なし 2 あり
----------------	----------------

○ 「2 あり」の場合は、以下の問いにお答えください。

①	認知症である入所者が全入所者の3分の1以上を占める指定地域密着型介護老人福祉施設において、精神科を担当する医師による定期的な療養指導が月に2回以上行われていますか。	いる・いない
②	上記の精神科を担当する医師によって、常勤専従医師配置加算を算定していますか。	いる・いない
③	健康管理を行う配置医師が1名であり、当該医師が精神科を担当する医師を兼ねる場合は、配置医師として勤務する回数のうち月4回までは当該加算の対象としていませんか。	いる・いない
④	療養指導を行った記録等を残していますか。	いる・いない

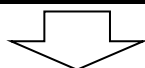


①、④のどちらかに「いない」もしくは②、③のどちらかに「いる」に○がついた場合、精神科医師定期的療養指導加算は算定できません。過去の請求分については返還してください。

障害者生活支援体制加算	1 なし	2 あり
-------------	------	------

○ 「2 あり」の場合は、以下の問いにお答えください。

①	(障害者生活支援体制加算 (I) の場合) 視覚、聴覚若しくは言語機能に重度の障害のある者又は重度の知的障害者若しくは精神障害者である入所者の数が15以上又は入所者のうち、視覚障害者等である入所者の占める割合が100分の30以上である指定地域密着型介護老人福祉施設において、視覚障害者等に対する生活支援に関し専門性を有する常勤専従の障害者生活支援員を1名以上配置していますか。	いる・いない
②	(障害者生活支援体制加算 (II) の場合) 入所者のうち、上記視覚障害者等である入所者の占める割合が100分の50以上であって、常勤専従の障害者生活支援員を2名以上配置していますか。	いる・いない

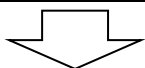


「いない」に○がついた場合、障害者生活支援体制加算は算定できません。至急加算の取り下げの届出を提出するとともに、過去の請求分については返還してください。

外泊時の費用の算定	1 なし	2 あり
-----------	------	------

○ 「2 あり」の場合は、以下の問いにお答えください。

①	1回の外泊又は入院につき、1月に6日を限度として算定している（1回の入院又は外泊で月をまたがる場合を除く）。	いる・いない
②	外泊又は入院の初日及び最終日は算定していますか。	いる・いない
③	外泊の期間中に併設の医療機関に入院した場合は算定していますか。	いる・いない
④	外泊時費用を算定した日は、施設サービス日及び各種加算を算定していますか。	いる・いない
⑤	外泊時費用の算定期間中、外泊又は入院した利用者の居室について、短期入所生活介護の利用に供していますか。	いる・いない
⑥	入院の場合、必要に応じて、入退院の手続きや家族等への連絡調整、情報提供を行っていますか。	いる・いない

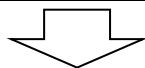


①、⑥のいずれかに「いない」もしくは②～⑤のいずれかに「いる」に○がついた場合、外泊時の費用の算定ができません。過去の請求分については返還してください。

外泊時在宅サービス利用の費用の算定	1 なし	2 あり
-------------------	------	------

○ 「2 あり」の場合は、以下の問いにお答えください。

①	居宅において1回の外泊につき、1月に6日を限度として算定していますか。（1回の外泊で月をまたがる場合を除く。）	いる・いない
②	外泊の初日及び最終日は算定していますか。	いる・いない
③	症状及び身体の状態に照らし、医師、看護・介護職員、支援相談員、介護支援専門員等により、居宅において在宅サービス利用を行う必要があるか検討していますか。	いる・いない
④	外泊時費用を算定した日は、施設サービス費及び各種加算を算定していますか。	いる・いない
⑤	外泊時費用の算定期間中、外泊又は入院した利用者の居室について、短期入所生活介護の利用に供していますか。	いる・いない
⑥	外泊時在宅サービス利用の費用の算定期間中に居宅サービスの提供を行っていますか。	いる・いない
⑦	当該施設の介護支援専門員が、外泊時在宅サービスの計画を作成し、従業者又は指定居宅サービス事業者等との連絡調整を行っていますか。	いる・いない

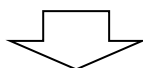


①、③、⑥、⑦のいずれかに「いない」もしくは②、④、⑤のいずれかに「いる」に○がついた場合、外泊時の費用の算定ができません。過去の請求分については返還してください。

初期加算	1 なし	2 あり
------	------	------

○ 「2 あり」の場合は、以下の問いにお答えください。

①	入所日から30日を超えて算定していますか。	いる・いない
②	当該施設の併設または空床利用の短期入所生活介護を利用していた者が日を空けずに引き続き入所した場合、入所直前の短期入所生活介護の利用日数を30日から控除した日数に限り算定していますか。	いる・いない
③	当該入所者が過去3月間に当該介護老人福祉施設に入所したことがない場合に算定していますか。（認知症高齢者の日常生活自立度がⅢ、Ⅳ又はMに該当する者の場合は過去1月間）	いる・いない

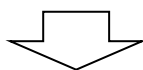


①に「いる」もしくは②、③のいずれかに「いない」に○がついた場合、初期加算は算定できません。過去の請求分を返還してください。

退所時栄養情報連携加算	1 なし	2 あり
-------------	------	------

○ 「2 あり」の場合は、以下の問いにお答えください。

①	退所した利用者について、厚生労働大臣が定める特別食を必要とする又は低栄養状態にあると医師に判断されている。	いる・いない
②	居宅に退所する場合は当該入所者の主治の医師の属する病院又は診療所及び介護支援専門員に対して、医療機関等に入院又は入所する場合は当該医療機関等に対して、当該入所者の同意を得て、管理栄養士が当該入所者の栄養管理に関する情報を提供している。	いる・いない
③	栄養管理について減算となっている又は栄養マネジメント強化加算を算定している。	いる・いない

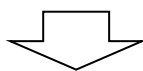


①、②のいずれかに「いない」、もしくは③に「いる」に○がついた場合、退所時栄養情報連携加算は算定できません。過去の請求分を返還してください。

再入所時栄養連携加算	1 なし 2 あり
------------	----------------

○ 「2 あり」の場合は、以下の問いにお答えください。

①	退所した利用者が病院又は診療所に入院し、退院した後に再度入所する際、厚生労働大臣が定める特別食等を必要としている。	いる・いない
②	当該施設の管理栄養士が当該病院又は診療所の管理栄養士と連携し当該者に関する栄養ケア計画を策定している。	いる・いない
③	栄養管理について減算となっている。	いる・いない



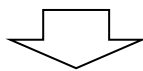
①、②のいずれかに「いない」、もしくは③に「いる」に○がついた場合、退所時栄養情報連携加算は算定できません。過去の請求分を返還してください。

退所前訪問相談援助加算・ 退所後訪問相談援助加算	1 なし 2 あり
-----------------------------	----------------

○ 「2 あり」の場合は、以下の問いにお答えください。

①	入所期間が1月を超えると見込まれる入所者の退所に先立って介護支援専門員、生活相談員、看護職員、機能訓練指導員又は医師のいずれかの職種の者が、当該入所者が退所後生活する居宅を訪問し、当該入所者及びその家族等に対して退所後の居宅サービス等について相談援助を行った場合に算定していますか。（退所前訪問相談援助加算）	いる・いない
②	入所者の退所後30日以内に当該入所者の居宅を訪問し、当該入所者及びその家族等に対して相談援助を行った場合に算定していますか。（退所後訪問相談援助加算）	いる・いない
③	入所者が退所後生活する居宅を訪問し、当該入所者及びその家族等に対して退所後の居宅サービス等について介護支援専門員、生活相談員、看護職員、機能訓練指導員又は医師と協力して、相談援助を行った場合に算定していますか。（両加算）	いる・いない

④	退所して病院又は診療所へ入院する場合、他の介護保険施設へ入院又は入所する場合及び死亡退所の場合について、算定を行っていますか。（両加算）	いる・いない
⑤	入所者1人につき1回を限度として算定していますか。 （※入所後早期に退所相談援助の必要があると認められる入所者については入所中2回を限度に算定）（両加算）	いる・いない



①、③、⑤のいずれかで「いない」に○がついた場合及び④で「いる」に○がついた場合、退所前訪問相談援助加算は算定できません。②、③、⑤のいずれかで「いない」に○がついた場合及び④で「いる」に○がついた場合、退所後訪問相談援助加算は算定できません。過去の請求分については返還してください。

退所時相談援助加算	1 なし	2 あり
-----------	------	------

○ 「2 あり」の場合は、以下の問いにお答えください。

①	入所期間が1月を超える入所者が退所し、その居宅において居宅サービス等を利用する場合において、当該入所者の退所時に当該入所者及びその家族等に対して退所後の居宅サービス等について介護支援専門員、生活相談員、看護職員、機能訓練指導員又は医師と協力して、相談援助を行い、かつ、当該入所者の同意を得て、退所の日から2週間以内に当該入所者の退所後の居住地を管轄する市町村及び老人介護支援センター等に対して、当該入所者の介護状況を示す文書を添えて当該入所者に係る居宅サービス等に必要な情報を提供していますか。	いる・いない
②	退所して病院又は診療所へ入院する場合、他の介護保険施設へ入院又は入所する場合及び死亡退所の場合について、算定を行っていますか。	いる・いない
③	入所者1人につき1回を限度として算定していますか。	いる・いない



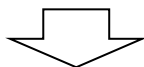
①、③で「いない」に○がついた場合及び②で「いる」に○がついた場合は、退院時相談援助加算は算定できません、過去の請求分については返還してください。

退所前連携加算	1 なし	2 あり
---------	------	------

○ 「2 あり」の場合は、以下の問いにお答えください。

①	入所期間が1月を超える入所者が退所し、その居宅において居宅サービス等を利用する場合において、介護支援専門員、生活相談員、看護職員、機能訓練指導員又は医師との協力により、当該入所者の退所に先立って当該入所者が利用を希望する指定居宅介護支援事業者に対して、当該入所者の同意を得て、当該入所者の介護状況を示す文書を添えて当該入所者に係る居宅サービス等に必要な情報を提供し、かつ、当該指定居宅介護支援事業者と連携して退所後の居宅サービス又は地域密着型サービスの利用に関する調整を行っていますか。	いる・いない
---	---	--------

②	退所して病院又は診療所へ入院する場合、他の介護保険施設へ入院又は入所する場合及び死亡退所の場合について、算定を行っていますか。	いる・いない
③	入所者1人につき1回を限度として算定していますか。	いる・いない

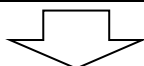


①、③で「いない」に○がついた場合及び②で「いる」に○がついた場合は、退所前連携加算は算定できません。過去の請求分については返還してください。

退所時情報提供加算	1 なし	2 あり
-----------	------	------

○ 「2 あり」の場合は、以下の問いにお答えください。

①	入所者が退所して医療機関に入院する場合、当該医療機関に対して、入所者を紹介するに当たっては、退所時情報提供書に必要な事項を記載の上、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。	いる・いない
②	入所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している。	いる・いない

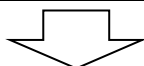


①で「いない」に○がついた場合、及び②で「いる」に○がついた場合は、退所時情報提供加算は算定できません。過去の請求分については返還してください。

協力医療機関連携加算	1 なし	2 あり
------------	------	------

○ 「2 あり」の場合は、以下の問いにお答えください。

①	協力医療機関との間で、入所者の同意を得て、当該入所者の病歴等の情報を共有する会議を定期的開催している。	いる・いない
②	(加算Ⅰの場合) 当該協力医療機関が、指定地域密着型サービス基準第152条第1項各号に掲げる要件を満たしている。	いる・いない

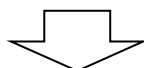


①または②で「いない」に○がついた場合は、協力医療機関連携加算は算定できません。過去の請求分については返還してください。

栄養マネジメント強化加算	1 なし	2 あり
--------------	------	------

○ 「2 あり」の場合は、以下の問いにお答えください。

①	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していますか。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していること。 ※調理業務の委託先にのみ管理栄養士が配置されている場合は算定不可	いる・いない
②	入所者の栄養状態を施設入所時に把握し、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、入所者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮した栄養ケア計画を作成していますか。また、当該計画の同意を得られた日から算定していますか。	いる・いない
③	入所者ごとの栄養ケア計画に従い栄養管理を行っているとともに、入所者の栄養状態を定期的に記録していますか。入所者ごとの栄養ケア計画の進捗状況を定期的に評価し、必要に応じて当該計画を見直していますか。	いる・いない
④	スクリーニング→アセスメント→計画作成→栄養ケアマネジメント→モニタリング（低栄養状態のリスクの高い者及び栄養補給方法の変更の必要性がある者については概ね2週間に1回、低栄養状態のリスクが低い者は概ね3月に1回）という一連のプロセスを概ね3月を目途として行っていますか。	いる・いない
⑤	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していますか。	いる・いない
⑥	入所定員超過減算・人員基準欠如減算に該当していない。	いる・いない



①～⑤のいずれかで「いない」もしくは⑥で「いる」に○がついた場合、栄養マネジメント強化加算は算定できません。至急加算の取り下げの届出を提出するとともに、過去の請求分については返還してください。

経口移行加算	1 なし	2 あり
--------	------	------

○ 「2 あり」の場合は、以下の問いにお答えください。

①	医師の指示に基づき、医師、歯科医師、管理栄養士、看護師、言語聴覚士、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、現に経管により食事を摂取している入所者ごとに経口移行計画を作成し、当該計画に従い、医師の指示を受けた管理栄養士又は栄養士による栄養管理及び言語聴覚士又は看護職員による支援が行われた場合に算定していますか。	いる・いない
②	計画が作成され、入所者又はその家族に説明し、同意を得られた日から起算して180日以内の期間に限り、算定していますか。（180日を超えた期間であっても経口による食事摂取が一部可能で、2週間ごとに医師の指示を受け、経口による食事摂取のための栄養管理が必要と認めた場合を除く）	いる・いない
③	経口からの食事が可能となり、経管栄養を終了した以降は算定していますか。	いる・いない
④	経口移行加算を180日にわたり算定した後、経口摂取に移行できなかった場合に、期間を空けて再度経口摂取に移行するために栄養管理を実施した場合は算定していますか。	いる・いない
⑤	栄養管理未実施減算に該当していませんか。	いる・いない

⑥ 入所定員超過減算・人員基準欠如減算に該当していませんか。	いる・いない
--------------------------------	--------

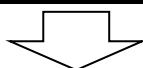


①、②、④のいずれかで「いない」もしくは③、⑤、⑥で「いる」に○がついた場合、経口移行加算は算定できません。過去の請求分については返還してください。

経口維持加算	1 なし	2 あり
--------	------	------

○ 「2 あり」の場合は、以下の問いにお答えください。

①	摂食機能障害を有し、誤嚥が認められる入所者に対して、医師又は歯科医師の指示に基づき、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食事の観察及び会議を行い、経口維持計画を作成し、当該計画に従い、医師又は歯科医師の指示を受けた管理栄養士又は栄養士が、特別な管理を行っていますか。	いる・いない
②	経口維持計画に従い歯科医師が上記の指示を行っている場合は、当該管理栄養士等は医師の指導を受けていますか。	いる・いない
③	経口維持加算（Ⅰ）については、経口により食事を摂取する者であって、著しい摂食機能障害を有し造影撮影又は内視鏡検査により誤嚥が認められるものを対象としていますか。	いる・いない
④	経口維持加算（Ⅰ）については、経口移行加算を算定していますか。	いる・いない
⑤	経口維持加算（Ⅰ）については、栄養管理未実施減算に該当していませんか。	いる・いない
⑥	経口維持加算（Ⅱ）については、経口維持加算（Ⅰ）を算定していますか。	いる・いない
⑦	経口維持加算（Ⅱ）については、協力歯科医療機関を定めていますか。	いる・いない
⑧	経口維持加算（Ⅱ）については、入所者の経口による継続的な食事の摂取を支援するための食事の観察及び会議等に、医師・歯科医師・歯科衛生士又は言語聴覚士が関わっていますか。	いる・いない
⑨	入所定員超過減算・人員基準欠如減算に該当していますか。	いる・いない



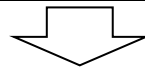
①、②で「いない」⑨で「いる」、加算（Ⅰ）は③で「いない」④、⑤で「いる」、加算（Ⅱ）は⑥～⑧で「いない」に○が付いた場合、経口維持加算は算定できません、過去の請求分については返還してください。

口腔衛生管理加算	1 なし	2 あり
----------	------	------

○ 「2 あり」の場合は、以下の問いにお答えください。

①	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が作成されていますか。	いる・いない
②	歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、入所者に対し、口腔衛生等の管理を月2回以上行っていますか。	いる・いない

③	入所者ごとに口腔衛生管理に関する実地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当該入所者に対して提供していますか。	いる・いない
④	歯科衛生士が、入所者に係る口腔衛生等の管理について、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ますか。	いる・いない
⑤	歯科衛生士が、入所者に係る口腔に関する介護職員から相談等に応じ対応していますか。	いる・いない
⑥	入所定員超過減算・人員基準欠如減算に該当していますか。	いる・いない
⑦	(口腔衛生管理加算(Ⅱ)のみ) 入所者ごとの口腔衛生等の管理に係る計画の内容等の情報を厚生労働省に提出し、口腔衛生の管理の実施に当たって、当該情報その他口腔衛生の管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していますか。	いる・いない

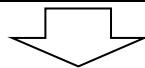


①～⑤(加算Ⅱの場合は、①～⑤及び⑦)にいずれかで「いない」もしくは⑥で「いる」に○がついた場合、口腔衛生管理加算は算定できません。過去の請求分については返還してください。

療養食加算	1 なし	2 あり
-------	------	------

○ 「2 あり」の場合は、以下の問いにお答えください。

①	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、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ますか。	いる・いない
②	食事の提供が管理栄養士又は栄養士によって管理され、入所(利用)者の年齢、心身の状況によって適切な栄養量及び内容の食事の提供が行われていますか。	いる・いない
③	療養食の献立表を作成していますか。	いる・いない
④	食事せんについては、主治の医師が交付していますか。	いる・いない
⑤	1日3食を限度として算定していますか。	いる・いない
⑥	入所定員超過減算・人員基準欠如減算に該当していますか。	いる・いない

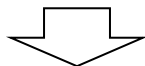


①～⑤のいずれかで「いない」もしくは⑥で「いる」に○がついた場合、療養食加算は算定できません。至急加算の取り下げ届出を提出するとともに、過去の請求分については返還してください。

特別通院送迎加算	1 なし	2 あり
----------	------	------

○ 「2 あり」の場合は、以下の問いにお答えください。

①	透析が必要な入所者に対して、1月に12回以上、透析による通院のため送迎を行っていますか。	いる・いない
②	家族や病院等による送迎が困難である等、施設職員が送迎を行うことについて、やむを得ない事情がありますか。	ある・ない

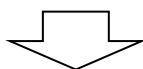


①で「いない」、もしくは②で「ない」に○がついた場合、特別通院送迎加算は算定できません。至急加算の取り下げの届出を提出するとともに、過去の請求分については返還してください。

配置医師緊急時対応加算	1 なし	2 あり
-------------	------	------

○ 「2 あり」の場合は、以下の問いにお答えください。

①	看護体制加算Ⅱを算定している。	いる・いない
②	入所者に対する緊急時注意事項や病状等についての情報共有の方法及び曜日や時間帯ごとの医師との連携方法や診療を依頼する場合の具体的状況等について、配置医師と施設の間で、具体的な取り決めがなされている。	いる・いない
③	複数名の配置医師を置いている。もしくは、配置医師と協力医療機関の医師が連携し、施設の求めに応じ24時間対応できる体制を確保している。	いる・いない
④	加算を算定するに当たり、事前に町に氏名等を届け出た配置医師が実際に訪問し診察を行ったときに限り算定している。	いる・いない
⑤	施設が診療を依頼した時間、配置医師が診療を行った時間、内容について記録を行っている。	いる・いない
⑥	医師が定期的かつ計画的に診療を行う場合には算定していない。	いる・いない



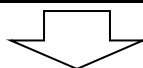
①～⑤のどれかに「いない」、⑥に「いる」がついた場合常勤専従医師配置加算は算定できません。至急加算の取り下げの届出を提出するとともに、過去の請求分については返還してください。

看取り介護加算	1 なし	2 あり
---------	------	------

○ 「2 あり」の場合は、以下の問いにお答えください。

①	常勤の看護師を1名以上配置し、施設の看護職員により、又は病院、診療所若しくは訪問看護ステーションの看護職員との連携により、24時間の連絡体制を確保していますか。	いる・いない
---	--	--------

②	管理者を中心として、生活相談員、介護職員、看護職員、介護支援専門員等による協議の上、「看取りに関する指針」を定め、入所の際に、入所者又はその家族等に説明し、同意を得ていますか。	いる・いない
③	看取りに関する職員研修を行っていますか。	いる・いない
④	看取りを行う際に個室又は静養室の利用が可能となるよう配慮していますか。	いる・いない
⑤	当該加算の対象者は、医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した者ですか。	いる・いない
⑥	入所者又はその家族等の同意を得て、入所者の介護に係る計画が作成されていますか。	いる・いない
⑦	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説明を行い、同意を得て、介護を行っていますか。	いる・いない
⑧	加算（Ⅱ）を算定する場合、配置医師と施設の間で、緊急時の注意事項や病状等についての情報共有の方法、曜日や時間帯毎の医師との連携方法や診察を依頼するタイミング等に関する取り決めを事前に定め、24時間配置医師による対応その他の医師の往診による対応が可能な体制を整えていますか。また、入所者の死亡場所が施設内であった場合に限り算定していますか。	いる・いない
⑨	死亡日を含めて45日を上限に算定していますか。	いる・いない
⑩	退所した日の翌日から死亡日までの間は算定していますか。	いる・いない



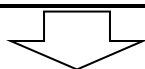
①～⑦、⑨のいずれかに「いない」もしくは⑩「いる」に○がついた場合、看取り介護加算（Ⅰ）は算定できません。また、①～⑨のいずれかに「いない」もしくは⑩「いる」に○が付いた場合、看取り介護加算（Ⅱ）は算定できません。至急加算の取り下げの届出を提出するとともに、過去の請求分については返還してください。

在宅復帰支援機能加算	1 なし	2 あり
------------	------	------

○ 「2 あり」の場合は、以下の問いにお答えください。

①	算定日が属する月の前6月間において当該施設から退所した者の総数のうち、当該期間内に退所し在宅において介護を受けることとなった者（入所期間が1月間を超えていたものに限る）の占める割合が2割を超えていますか。	いる・いない
②	退所者の退所した日から30日以内に居宅を訪問し、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、当該退所者の在宅における生活が1月以上継続する見込みであることを確認し記録していますか。	いる・いない
③	退所後の居宅サービスその他保健医療サービス又は福祉サービスについて相談援助を行っていますか。食事、入浴、健康管理等在宅における生活等に関する相談援助を行っていますか。	いる・いない

④	加算の要件に該当することを毎月判定しており、また、その判定の根拠となった資料については、各施設内で保管していますか。	いる・いない
---	--	--------

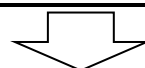


①～④のいずれかに「いない」に○がついた場合、在宅復帰支援機能加算は算定できません。過去の請求分については返還してください。

在宅・入所相互利用加算	1 なし	2 あり
-------------	------	------

○ 「2 あり」の場合は、以下の問いにお答えください。

①	在宅生活を継続する観点から、複数人があらかじめ在宅期間及び入所期間（3月を限度）を定めて、当該施設の同一の個室を計画的に利用していますか。	いる・いない
②	在宅での生活期間中の介護支援専門員と施設の介護支援専門員との間で情報の交換を十分に行い、双方の合意の上、介護に関する目標及び方針を定め、入所者又はその家族等に対して当該目標及び方針の内容を説明し、同意を得ていますか。	いる・いない



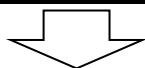
①②のいずれかに「いない」に○がついた場合、在宅・入所相互利用加算は算定できません。過去の請求分については返還してください。

認知症専門ケア加算	1 なし	2 あり
-----------	------	------

○ 「2 あり」の場合は、以下の問いにお答えください。

①	（認知症専門ケア加算Ⅰ・Ⅱ共通） 施設における入所者の総数のうち、日常生活に支障をきた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に該当する利用者を指すものとし、以下「対象者」という。）の占める割合が2分の1を超えていますか。 入所者の総数 名 認知症の入所者 名 割合 %	いる・いない
②	（認知症専門ケア加算Ⅰ・Ⅱ共通） 「認知症介護実践リーダー研修」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つては、1以上、当該対象者の数が20人以上である場合にあつては、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ますか。 対象者 名 認知症介護に係る専門的な研修修了者 名	いる・いない
③	（認知症専門ケア加算Ⅰ・Ⅱ共通） 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開催していますか。	いる・いない
④	（認知症専門ケア加算Ⅱ） 「認知症介護指導者養成研修」を修了している者を1名以上配置し、施設全体の認知症ケアの指導等を実施していますか。	いる・いない

⑤	(認知症専門ケア加算Ⅱ) 介護職員、看護職員毎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ますか。	いる・いない
---	---	--------

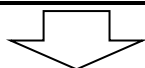


①～③のいずれかで「いない」に○がついた場合、認知症専門ケア加算Ⅰは算定できません。①～⑤のいずれかで「いない」に○がついた場合、認知症専門ケア加算Ⅱは算定できません。至急加算の取り下げの届出を提出するとともに、過去の請求分については返還してください。

認知症チームケア推進加算	1 なし	2 あり
--------------	------	------

○ 「2 あり」の場合は、以下の問いにお答えください。

①	(Ⅰ・Ⅱ共通) 事業所又は施設における利用者又は入所者の総数のうち、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の占める割合が2分の1以上となっていますか。	いる・いない
②	(Ⅰのみ) 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1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ますか。	いる・いない
③	(Ⅱのみ) 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1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こと。	いる・いない
④	(Ⅰ・Ⅱ共通) 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ますか。	いる・いない
⑤	(Ⅰ・Ⅱ共通) 認知症の行動・心理症状の予防等に資する認知症ケアについて、カンファレンスの開催、計画の作成、認知症の行動・心理症状の有無及び程度についての定期的な評価、ケアの振り返り、計画の見直し等を行っていること。	いる・いない

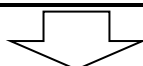


①～⑤のいずれかで「いない」に○がついた場合、認知症チームケア推進加算は算定できません。至急加算の取り下げの届出を提出するとともに、過去の請求分については返還してください。

認知症行動・心理症状 緊急対応加算	1 なし	2 あり
----------------------	------	------

○ 「2 あり」の場合は、以下の問いにお答えください。

①	認知症の行動・心理症状が認められるため、在宅での生活が困難であり、緊急に地域密着型介護福祉施設入所者生活介護を利用することが必要であると医師が判断した者に対して、利用者又は家族の同意の上でサービスを提供していますか。	いる・いない
②	医師が判断した当該日又はその次の日に利用を開始していますか。	いる・いない
③	利用開始日から起算して7日を限度として算定していますか。	いる・いない
④	入所予定日当日に認知症行動・心理症状で入所した場合に算定していますか。	いる・いない
⑤	病院、診療所、介護保険施設等に入院・入所中の者が直接当該施設に入所した場合に算定していますか。	いる・いない

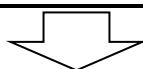


①～③のいずれかで「いない」もしくは④又は⑤で「いる」に○がついた場合、認知症行動・心理症状緊急対応加算は算定できません。過去の請求分については返還してください。

褥瘡マネジメント加算	1 なし	2 あり
------------	------	------

○ 「2 あり」の場合は、以下の問いにお答えください。

①	(I・II共通) 入所者ごとに、施設入所時に褥瘡の有無を確認するとともに、褥瘡の発生と関連のあるリスクについて、施設入所時に評価し、その後少なくとも3月に1回評価している。	いる・いない
②	(I・II共通) ①の確認及び評価の結果等の情報を厚生労働省に提出し、褥瘡管理の実施に当たって、当該情報その他褥瘡管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用している。	いる・いない
③	(I・II共通) ①の確認の結果、褥瘡が認められ、又は①の評価の結果、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、管理栄養士、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。	いる・いない
④	(I・II共通) 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。	いる・いない
⑤	(I・II共通) ①の評価に基づき、少なくとも3月に1回、入所者ごとに褥瘡ケア計画を見直している。	いる・いない
⑥	(IIのみ) 次のいずれかに適合している。 a ①の確認の結果、褥瘡が認められた入所者について、当該褥瘡が治癒したこと。 b ①の評価の結果、施設入所時に褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者について、褥瘡の発生のないこと。	いる・いない

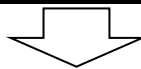


①～⑥のいずれかで「いない」に○がついた場合、褥瘡マネジメント加算は算定できません。過去の請求分については返還してください。

排せつ支援加算	1 なし 2 あり
---------	----------------

○ 「2 あり」の場合は、以下の問いにお答えください。

①	(排せつ支援加算Ⅰ) 排せつに介護を要する入所者ごとに、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するとともに、少なくとも6月に1回、評価を行い、その評価結果等の情報を厚生労働省に提出し、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していますか。	いる・いない
②	(排せつ支援加算Ⅰ) ①の評価の結果、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者について、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していますか。	いる・いない
③	(排せつ支援加算Ⅰ) ①の評価の結果に基づき、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ますか。	いる・いない
④	(排せつ支援加算Ⅱ) ①～③までに掲げる基準のいずれにも適合していますか。	いる・いない
⑤	(排せつ支援加算Ⅱ) 次の基準のいずれかを満たしていますか。 (ア) ①の評価の結果、要介護状態の軽減が見込まれる者について、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はしていませんか。 (イ) ①の評価の結果、施設入所時におむつを使用していた者であって、要介護状態の軽減が見込まれる者について、おむつを使用しなくなりましたか。 (ウ) ①の評価の結果、施設入所時に尿道カテーテルが留置されていた者であって要介護状態の軽減が見込まれる者について、尿道カテーテルが抜去されていますか。	いる・いない
⑥	(排せつ支援加算Ⅲ) ①～③、⑤(ア)及び⑤(イ)の基準にすべて適合していますか。	いる・いない

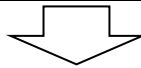


①～③のいずれかで「いない」に○がついた場合、排せつ支援加算Ⅰは算定できません。
 ①～⑤のいずれかで「いない」に○がついた場合、排せつ支援加算Ⅱは算定できません。
 ⑥で「いない」に○がついた場合、排せつ支援加算Ⅲは算定できません。
 ⑦で「いる」に○がついた場合、排せつ支援加算Ⅳは算定できません。
 過去の請求分については返還してください。

自立支援促進加算	1 なし 2 あり
----------	----------------

○ 「2 あり」の場合は、以下の問いにお答えください。

①	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3月に1回医学的評価の見直しを行うとともに、その医学的評価の結果等の情報を厚生労働省に提出し、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している。	いる・いない
②	①の医学的評価の結果、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している。	いる・いない
③	①の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。	いる・いない
④	医師が自立支援に係る支援計画の策定等に参加している。	いる・いない

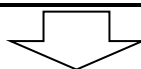


①～④「いない」に○がついた場合、自立支援促進加算は算定できません。過去の請求分については返還してください。

科学的介護推進体制加算	1 なし	2 あり
-------------	------	------

○ 「2 あり」の場合は、以下の問いにお答えください。

①	(I・II共通) 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、厚生労働省に提出していること。	いる・いない
②	(I)のみ 必要に応じて施設サービス計画を見直すなど、サービスの提供に当たって、①に規定する情報その他サービス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こと。	いる・いない
③	(II)のみ 入所者ごとの疾病の状況等の情報を、厚生労働省に提出していること。	いる・いない
④	(II)のみ 必要に応じて施設サービス計画を見直すなど、サービスの提供に当たって、①③に規定する情報その他サービス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こと。	いる・いない

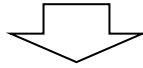


①～④「いない」に○がついた場合、科学的介護推進体制加算は算定できません。過去の請求分については返還してください。

安全対策体制加算	1 なし	2 あり
----------	------	------

○ 「2 あり」の場合は、以下の問いにお答えください。

①	指定地域密着型サービス基準第155条第1項に規定する基準に適合している。	いる・いない
②	指定地域密着型サービス基準第155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。	いる・いない
③	施設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が整備されている。	いる・いない

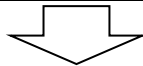


①～③「いない」に○がついた場合、科学的介護推進体制加算は算定できません。過去の請求分については返還してください。

高齢者施設等感染対策向上加算	1 なし	2 あり
----------------	------	------

○ 「2 あり」の場合は、以下の問いにお答えください。

①	(Iのみ) 第二種協定指定協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。	いる・いない
②	(Iのみ) 施設基準第28条第1項本文（施設基準第49条において準用する場合を含む。）に規定する協力医療機関その他の医療機関との間で、感染症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。	いる・いない
③	(Iのみ) 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1年に1回以上参加している。	いる・いない
④	(IIのみ) 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、施設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。	いる・いない

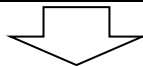


①～④「いない」に○がついた場合、高齢者施設等感染対策向上加算は算定できません。過去の請求分については返還してください。

新興感染症等施設療養費	1 なし	2 あり
-------------	------	------

○ 「2 あり」の場合は、以下の問いにお答えください。

①	入所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ている。	いる・いない
②	感染症に感染した入所者に対し、適切な感染対策を行った上で、指定介護老人福祉施設サービスを行っている。	いる・いない

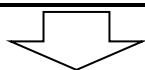


①～②「いない」に○がついた場合、新興感染症等施設療養費は算定できません。過去の請求分については返還してください。

生産性向上推進体制加算	1 なし	2 あり
-------------	------	------

○ 「2 あり」の場合は、以下の問いにお答えください。

①	(I・II共通) 入所者(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を活用する場合における入所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	いる・いない
②	(Iのみ) 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こと。	いる・いない
③	(Iのみ) 介護機器を複数種類活用していること。	いる・いない
④	(Iのみ) ①の委員会において、職員の業務負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こと。	いる・いない
⑤	(Iのみ) 事業年度ごとに①③④の取組に関する実績を厚生労働省に報告すること。	いる・いない
⑥	(IIのみ) 介護機器を活用していること。	いる・いない
⑦	(IIのみ) 事業年度ごとに①⑥の取組に関する実績を厚生労働省に報告すること。	いる・いない



①～⑦「いない」に○がついた場合、生産性向上推進体制加算は算定できません。過去の請求分については返還してください。

サービス提供体制強化加算	1 なし	2 あり
--------------	------	------

○ 「2 あり」の場合は、以下の問いにお答えください。

①	(サービス提供体制強化加算I) (ア)、(イ)のいずれかに適合していますか。 (ア)施設の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80以上ですか。 (イ)施設の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35以上ですか。	いる・いない
②	(サービス提供体制強化加算I) 提供するサービスの質の向上に資する取組を実施していますか。	いる・いない
③	(サービス提供体制強化加算II) 施設の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以上ですか。	いる・いない

④	(サービス提供体制強化加算Ⅲ) 以下のいずれかに適合していますか。 (ア) 施設の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以上ですか。 (イ) 施設の看護・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以上ですか。 (ウ) 入所者に直接提供する職員の総数のうち、勤続年数7年以上の者の占める割合が100分の30以上ですか。	いる・いない
⑤	利用定員超過減算・人員基準欠如減算に該当していますか。	いる・いない



①、②の「いない」、⑤の「いる」に○がついた場合、サービス提供体制強化加算（Ⅰ）は算定できません。
 ③の「いない」、⑤の「いる」に○がついた場合、サービス提供体制強化加算（Ⅱ）は算定できません。
 ④の「いない」、⑤の「いる」に○がついた場合、サービス提供体制強化加算（Ⅲ）は算定できません。
至急加算の取り下げの届出を提出するとともに、過去の請求分については返還してください。

介護職員等処遇改善加算	1 なし	2 あり
-------------	------	------

○ 「2 あり」の場合は、以下の問いに○×でチェックして下さい。

介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）

①	月額賃金改善要件Ⅰ（月給による賃金改善）として、新加算Ⅳの加算額の2分の1以上を基本給又は決まって毎月支払われる手当（基本給等）の改善に充てている。また、新加算Ⅰ～Ⅲまでのいずれかを算定する場合にあっては、仮に新加算Ⅳを算定する場合に見込まれる加算額の2分の1以上を基本給等の改善に充てている。 ※令和6年度中は猶予（令和7年度から適用）	
②	月額賃金改善要件Ⅱ（旧ベースアップ等加算相当の賃金改善）として、前年度と比較し、旧ベースアップ等加算相当の加算額の3分の2以上の新たな基本給等の改善（月給の引上げ）を行っている。 ※新加算Ⅰ～Ⅳまでのいずれかの算定以前に、「旧ベースアップ等加算」又は「新加算Ⅴ(2)、(4)、(7)、(9)若しくは(13)」を算定していた事業所については適用しない。	
③	キャリアパス要件Ⅰ（任用要件・賃金体系の整備等）の内容を書面で整備し、全ての介護職員に周知している。	
④	キャリアパス要件Ⅱ（研修の実施等）を全ての介護職員に周知している。	
⑤	キャリアパス要件Ⅲ（昇給の仕組みの整備等）の内容を書面で整備し、全ての介護職員に周知している。	
⑥	キャリアパス要件Ⅳ（改善後の月額賃金要件）として、経験・技能のある介護職員のうち、1人以上は、賃金改善後の賃金の見込額（新加算を算定し実施される賃金改善の見込額を含む）が月額440万円以上となっている。 ※令和6年度中は月額8万円の改善でも可能	

⑦	キャリアパス要件Ⅴ（介護福祉士等の配置要件）として、サービス種類ごとに、「サービス提供体制強化加算」、「特定事業所加算」、「入居継続支援加算」又は「日常生活支援加算」の各区分の届出を行っている。	
⑧	職場環境要件として、従前（旧3加算）の職場環境等の改善に係る取組を実施し、その内容を全ての介護職員に周知しており、当該取組についてホームページへの掲載等により公表している。	

介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）

①	月額賃金改善要件Ⅰ（月給による賃金改善）として、新加算Ⅳの加算額の2分の1以上を基本給又は決まって毎月支払われる手当（基本給等）の改善に充てている。また、新加算Ⅰ～Ⅲまでのいずれかを算定する場合にあっては、仮に新加算Ⅳを算定する場合に見込まれる加算額の2分の1以上を基本給等の改善に充てている。 ※令和6年度中は猶予（令和7年度から適用）	
②	月額賃金改善要件Ⅱ（旧ベースアップ等加算相当の賃金改善）として、前年度と比較し、旧ベースアップ等加算相当の加算額の3分の2以上の新たな基本給等の改善（月給の引上げ）を行っている。 ※新加算Ⅰ～Ⅳまでのいずれかの算定以前に、「旧ベースアップ等加算」又は「新加算Ⅴ(2)、(4)、(7)、(9)若しくは(13)」を算定していた事業所については適用しない。	
③	キャリアパス要件Ⅰ（任用要件・賃金体系の整備等）の内容を書面で整備し、全ての介護職員に周知している。	
④	キャリアパス要件Ⅱ（研修の実施等）を全ての介護職員に周知している。	
⑤	キャリアパス要件Ⅲ（昇給の仕組みの整備等）の内容を書面で整備し、全ての介護職員に周知している。	
⑥	キャリアパス要件Ⅳ（改善後の月額賃金要件）として、経験・技能のある介護職員のうち、1人以上は、賃金改善後の賃金の見込額（新加算を算定し実施される賃金改善の見込額を含む）が年額440万円以上となっている。 ※令和6年度中は月額8万円の改善でも可能	
⑦	職場環境要件として、従前（旧3加算）の職場環境等の改善に係る取組を実施し、その内容を全ての介護職員に周知しており、当該取組についてホームページへの掲載等により公表している。	

介護職員等処遇改善加算（Ⅲ）

①	月額賃金改善要件Ⅰ（月給による賃金改善）として、新加算Ⅳの加算額の2分の1以上を基本給又は決まって毎月支払われる手当（基本給等）の改善に充てている。また、新加算Ⅰ～Ⅲまでのいずれかを算定する場合にあっては、仮に新加算Ⅳを算定する場合に見込まれる加算額の2分の1以上を基本給等の改善に充てている。 ※令和6年度中は猶予（令和7年度から適用）	
---	--	--

②	月額賃金改善要件Ⅱ（旧ベースアップ等加算相当の賃金改善）として、前年度と比較し、旧ベースアップ等加算相当の加算額の3分の2以上の新たな基本給等の改善（月給の引上げ）を行っている。 ※新加算Ⅰ～Ⅳまでのいずれかの算定以前に、「旧ベースアップ等加算」又は「新加算Ⅴ(2)、(4)、(7)、(9)若しくは(13)」を算定していた事業所については適用しない。	
③	キャリアパス要件Ⅰ（任用要件・賃金体系の整備等）の内容を書面で整備し、全ての介護職員に周知している。	
④	キャリアパス要件Ⅱ（研修の実施等）を全ての介護職員に周知している。	
⑤	キャリアパス要件Ⅲ（昇給の仕組みの整備等）の内容を書面で整備し、全ての介護職員に周知している。	
⑥	職場環境要件として、従前（旧3加算）の職場環境等の改善に係る取組を実施し、その内容を全ての介護職員に周知しており、当該取組についてホームページへの掲載等により公表している。	

介護職員等処遇改善加算（Ⅳ）

①	月額賃金改善要件Ⅰ（月給による賃金改善）として、新加算Ⅳの加算額の2分の1以上を基本給又は決まって毎月支払われる手当（基本給等）の改善に充てている。また、新加算Ⅰ～Ⅲまでのいずれかを算定する場合にあっては、仮に新加算Ⅳを算定する場合に見込まれる加算額の2分の1以上を基本給等の改善に充てている。 ※令和6年度中は猶予（令和7年度から適用）	
②	月額賃金改善要件Ⅱ（旧ベースアップ等加算相当の賃金改善）として、前年度と比較し、旧ベースアップ等加算相当の加算額の3分の2以上の新たな基本給等の改善（月給の引上げ）を行っている。 ※新加算Ⅰ～Ⅳまでのいずれかの算定以前に、「旧ベースアップ等加算」又は「新加算Ⅴ(2)、(4)、(7)、(9)若しくは(13)」を算定していた事業所については適用しない。	
③	キャリアパス要件Ⅰ（任用要件・賃金体系の整備等）の内容を書面で整備し、全ての介護職員に周知している。	
④	キャリアパス要件Ⅱ（研修の実施等）を全ての介護職員に周知している。	
⑤	職場環境要件として、従前（旧3加算）の職場環境等の改善に係る取組を実施し、その内容を全ての介護職員に周知している。	



点検項目について×がある場合、介護職員等処遇改善加算は算定できません。過去の請求分については返還してください。

(3) 減算について

ア 夜間職員基準による減算

夜勤時間帯において夜勤を行う介護職員・看護職員の数について、ある月（暦月）において基準に満たない事態が2日以上連続して発生したことはありますか。

[A・Bのどちらかに○をつけてください。]

A ある ・ B ない

上でAの場合、減算を行っていますか。

A はい ・ B いいえ

上記小枠Bに○がついた場合は、保険者に相談の上、過誤調整してください。

イ 看護・介護職員の欠如による減算（ユニットにおける職員に係る減算を含む）

看護・介護職員の欠如による減算はありますか。 [A・Bのどちらかに○をつけてください。]

A ある ・ B ない

上でBの場合、今回の運営状況点検書の「人員基準」欄は、全て基準以上ですか

A はい ・ B いいえ

上記小枠Bに○がついた場合は、保険者に相談の上、過誤調整してください。

ウ 利用定員の超過による減算

提出した運営規程に定められている利用定員を超えていませんか。 [A・Bのどちらかに○をつけてください。]

A 超えている ・ B 超えていない

上でAの場合、減算を行っていますか。

A はい ・ B いいえ

上記小枠Bに○がついた場合は、保険者に相談の上、過誤調整してください。

エ 身体拘束廃止未実施減算

やむを得ず身体拘束を行った場合に、その態様及び時間、その際の入所者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録していない場合による減算はありますか。 [A・Bのどちらかに○をつけてください。]

A ある ・ B ない



上でBの場合、身体拘束を行ったことがありますか。

A はい ・ B いいえ



上記小枠Aに○がついた場合であって、その態様及び時間、その際の入所者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録していない場合は、保険者に相談の上、速やかに改善報告書を提出するとともに、過誤調整してください。

オ ユニットにおける職員に係る減算

日中に、ユニットごとに常勤1人以上の介護職員又は看護職員を配置していない又は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がありますか [A・Bのどちらかに○をつけてください。]

A 配置している ・ B 配置していない



上でBの場合、減算を行っていますか。

A はい ・ B いいえ



上記小枠Bに○がついた場合は、保険者に相談の上、過誤調整してください。

カ 安全管理体制未実施による減算【令和3年9月30日までは回答不要】

事故発生の防止のための措置（指針、体制整備、事故発生防止のための委員会、研修、担当者等）を講じていますか [A・Bのどちらかに○をつけてください。]

A ある ・ B ない



上でBの場合、減算を行っていますか。

A はい ・ B いいえ



上記小枠Bに○がついた場合は、保険者に相談の上、過誤調整してください。

キ 高齢者虐待防止措置未実施減算

高齢者虐待防止措置（虐待の防止のための対策を検討する委員会、指針、研修、担当者等）を講じていますか [A・Bのどちらかに○をつけてください。]

A ある ・ B ない

上でBの場合、減算を行っていますか。
A はい ・ B いいえ

上記小枠Bに○がついた場合は、保険者に相談の上、過誤調整してください。

ク 業務継続計画未策定減算

業務継続計画を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じていますか [A・Bのどちらかに○をつけてください。]

A ある ・ B ない

上でBの場合、減算を行っていますか。
A はい ・ B いいえ

上記小枠Bに○がついた場合は、保険者に相談の上、過誤調整してください。

ケ 栄養管理に係る減算

栄養士又は管理栄養士を1名以上配置し、各入所者の状態に応じた栄養管理を計画的に行っていますか [A・Bのどちらかに○をつけてください。]

A ある ・ B ない

上でBの場合、減算を行っていますか。
A はい ・ B いいえ

上記小枠Bに○がついた場合は、保険者に相談の上、過誤調整してください。

<注意点>

- 介護報酬の請求に不適切又は不正な内容が認められた場合、指定基準等の違反として指導等の対象となります。なお、重大な違反状態の場合には、指定取り消しとなる場合もあ

りますので、十分な注意が必要です。

運営状況点検書で確認したものに関して、改善すべきものは事業所で改善してください。また、基準を満たさなかった加算については取下げを提出し、**過誤調整等を行う場合は、保険者までご相談下さい。**

※ 添付書類をお忘れなく！

- ・利用者数一覧表
- ・従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表
- ・計画作成担当者の1年間の配置状況

以上で終了です。お疲れさまでした。