

令和4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4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。

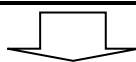
- ③ 従業員ごとに勤務予定時間数を記載してください。
- ④ 専従、兼務、常勤、非常勤の別を正確に記載してください。
- ⑤ 月間勤務時間数、週勤務時間数を計算してください。
- ⑥ 介護職員全員分の週勤務時間数を合計してください。
- ⑦ ⑥を常勤換算してください（合計した週勤務時間数を貴事業所の常勤の勤務時間数で割る）

3 「計画作成担当者の1年間の配置状況」を作成し、令和3年7月～令和4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、同一敷地内の他の事業所、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	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。 ②（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。）	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) 管理者の責務

①	法人は、管理者を含む従業員全員と雇用契約等を結んでいますか。	
②	計画作成担当者については、雇用の際に介護支援専門員の登録を確認するとともに、登録証のコピーを保管していますか。	
③	従業員の勤務体制表（ローテーション表）を作成していますか。	
④	従業員の勤務について、タイムカード等により勤務実績が確認できるようにしていますか。	
⑤	従業者に運営基準等の法令を遵守させるために必要な指揮命令を行っていますか。	

(2) 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。	
---	--------------------------------------	--

(3) 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。	

(4) 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 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）	
---	---	--

(5) 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じることにより、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のになっていますか。（従業者の勤務体制・料金表等）	

(6) 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、当該サービスの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すか。（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すか。	

(7) 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	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。	
---	---	--

(8) 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。	
---	--	--

(9) 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。	

(10) 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。	
---	--	--

(11) 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。	
---	---	--

(12) 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生じた場合であって、入院後おおむね三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。	
---	--	--

(13) 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。	
---	--	--

(14) 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	令和4年4月以降の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 >	

(15) 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。【令和6年3月31日までは努力義務】	

(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。	
③	入所者全員から個人情報使用同意書等で利用者等やその家族の個人情報をサービス担当者会議等で使用することについて同意を得ていますか。（一部の利用者のみ場合は×）	
④	保有個人データの管理・開示手順、個人情報管理者等を定めた、個人情報保護に関する規定を整備していますか。	
⑤	個人情報管理者の名前を記入してください。（担当者が定められていない場合は、その旨記入して下さい）	(氏名)

(17) 苦情に対する対応

①	サービスに関する入所者及びその家族からの苦情に迅速かつ適切に対応するために、苦情を受け付けるための窓口を設置する等の必要な措置を講じていますか。	
②	その書類には、相談窓口・苦情窓口として、次の項目が全て記載されていますか。 <input type="checkbox"/> 事業所担当窓口 <input type="checkbox"/> 市町村窓口 <input type="checkbox"/> 国保連窓口	

③	苦情相談の方法や対応手順を記載したマニュアルを整備していますか。	
④	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。	
⑤	実際にあった苦情及びその原因と対応策について、職員に周知するなど再発防止に努めていますか。	

(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。	
---	--	--

(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、介護報酬の請求に係る記録、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を整備し、入所者のサービス終了時から5年間保存していますか。	

(22) ユニットケア（ユニット型の施設のみ点検）

①	各ユニットにおいて入居者がそれぞれの役割を持って生活を営むことができるよう配慮していますか。また、入居者のプライバシーの確保に配慮して行っていますか。	
②	介護は、各ユニットにおいて入居者が相互に社会的関係を築き、自律的な日常生活を営むことを支援するよう、入居者の心身の状況等に応じ、適切な技術をもって行われていますか。	

(23) 高齢者虐待防止法（「養介護施設従事者等」による高齢者虐待）に関する事項

①	高齢者虐待防止法に係る「養介護施設従事者等」による高齢者虐待の定義を職員に周知していますか。	
②	虐待を受けたと思われる高齢者を発見した者に対し、市町村への通報義務が規定されていることを職員に周知していますか。	
③	高齢者虐待の通報等を行った従業者等は、通報等をしたことを理由に、解雇その他不利益な取扱いを受けないことを職員に周知していますか。	
④	高齢者虐待の通報については、刑法の秘密漏示罪その他の守秘義務に関する法律の規定により妨げられるものと解釈してはならないことを職員に周知していますか。	
⑤	高齢者虐待を発見しやすい立場にあることを自覚し、高齢者虐待の早期発見に努めていますか。	
⑥	従事者に対する研修実施ほか、利用者や家族からの苦情処理体制の整備その他従事者による高齢者虐待防止のための措置を講じていますか。	
⑥	管理職・職員の研修、個別ケアの推進、情報公開、苦情処理体制等、高齢者虐待の防止に向けた取組みをしていますか。	
⑦	身体拘束は原則として全て高齢者虐待に該当すると考えられていることを施設内に周知していますか。（「身体拘束ゼロへの手引き」等において「緊急やむを得ない場合」とされているものに限って、例外的に該当しないとされています。）	
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。）を定期的で開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図っていますか。【令和6年3月31日までは努力義務】	
⑨	虐待の防止のための指針を整備していますか。【令和6年3月31日までは努力義務】	
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。【令和6年3月31日までは努力義務】	
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。【令和6年3月31日までは努力義務】	

(24) 身体拘束の廃止に関する事項

(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一を引いてください)

①	サービス提供にあたり、当該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、身体拘束その他入所者の行動を制限しないようにしていますか。	
②	運営規程で身体的拘束等の廃止について定めていますか。	
③	重要事項説明書で身体的拘束等の廃止について定めていますか。	
④	契約書に身体的拘束等の廃止についての項目がありますか。	
⑤	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設置していますか。	

⑥	身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会には管理者及び各職種 の従業員が参加していますか。	
⑦	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してい ますか。	
⑧	廃止に向けた改善計画を作成していますか。	
⑨	やむを得ず身体的拘束等を行う場合の手続き等を定めていますか。	
⑩	身体的拘束等を行った事例がありますか。	ある ・ ない
⑪	やむを得ず身体的拘束等を行う場合には、「切迫性」「非代替性」「一時 性」のすべてを満たしているか、チームで検討していますか。	
⑫	⑪の検討結果について記録をとっていますか。	
⑬	利用者本人や家族に対し、身体拘束の内容、目的、理由、拘束の時間、時 間帯、期間等を詳細に説明し、理解を得ていますか。	
⑭	身体的拘束等を行った場合、その態様及び時間、その際の利用者の心身の 状況、緊急やむを得なかった理由を記録していますか。	
⑮	身体的拘束等を行った場合、常に観察、再検討を行っていますか。	
⑯	身体的拘束等の必要がなくなった場合、すみやかに拘束を解除してい ますか。	
⑰	身体拘束等の適正化のための指針を整備していますか。	
⑱	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 期的に（年2回以上）実施していますか。	

(25) 掲示

①	施設の見やすい場所に、運営規程の概要、従業員の勤務の体制その他の利用申 込書のサービスの選択に資すると認められる重要事項を掲示していますか（重 要事項を記載した書面を施設に備え付け、かつ、これをいつでも関係者に自由 に閲覧させることにより、掲示に代えることができます）。	
---	--	--

(26) 運営推進会議

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。	
---	---	--

(27) 栄養管理【令和6年3月31日までは努力義務】

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。	
---	---	--

(28) 口腔衛生の管理【令和6年3月31日までは努力義務】

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。	
---	---	--

(29) 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。	
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	全ての従業員（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。【令和6年3月31日までは努力義務】	
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員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。	

(30) 業務継続計画の策定【令和6年3月31日までは努力義務】

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	従業員に対し、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。	

(31) 研修

令和3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。

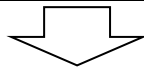
(2) 加算の状況について記載し、チェックしてください

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 〔 <u>介護福祉士の常勤換算後の員数</u> $\frac{3\text{月前の人数}}{2\text{月前の人数}}$ 人 $\frac{2\text{月前の人数}}{1\text{月前の人数}}$ 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

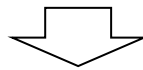


①、②で「いない」もしくは③、④で「いる」に○がついた場合は、日常生活継続支援加算は算定できません。至急加算の取り下げの届出を提出するとともに、過去の請求分については返還してください。

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

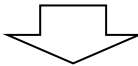


**①で「いない」もしくは④で「いる」に○がついた場合、看護体制加算Ⅰは算定できません。
②又は③に「いない」もしくは④に「いる」に○がついた場合、看護体制加算Ⅱは算定できません。
至急加算の取り下げの届出を提出するとともに、過去の請求分については返還してください。**

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100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



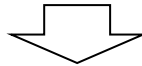
②、③で「いない」に○がついた場合、夜勤職員配置加算を算定できません。至急加算の取り下げの届出を提出するとともに、過去の請求分については返還してください。

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	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、常に機能訓練指導員等により閲覧が可能になっていますか。	いる・いない
⑤	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

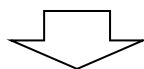


①～⑤のいずれかに「いない」に○がついた場合、生活機能向上連携加算は算定できません。至急加算の取り下げの届出を提出するとともに、過去の請求分については返還してください。

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

○ 「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	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

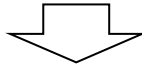


加算Ⅰの場合、①～④のいずれかに「いない」に○がついた場合、個別機能訓練加算は算定できません（加算Ⅱの場合は①～⑤）。至急加算の取り下げの届出を提出するとともに、過去の請求分については返還してください。

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

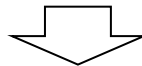


①、②の「いない」もしくは③の「いる」に○がついた場合、若年性認知症入所者受入加算は算定できません。至急加算の取り下げの届出を提出するとともに、過去の請求分については返還してください。

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
---	-----------------------	--------



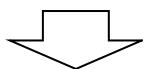
「いない」に○がついた場合、常勤専従医師配置加算は算定できません。至急加算の取り下げの届出を提出するとともに、過去の請求分については返還してください。

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な状況等について、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

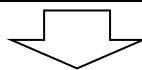


①～⑤のどれかに「いない」、⑥に「いる」がついた場合常勤専従医師配置加算は算定できません。至急加算の取り下げの届出を提出するとともに、過去の請求分については返還してください。

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



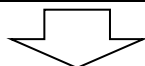
①、④のどちらかに「いない」もしくは②、③のどちらかに「いる」に○がついた場合、精神科医師定期的療養指導加算は算定できません。過去の請求分については返還してください。

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
---	---	--------

(障害者生活支援体制加算(Ⅱ)の場合)	
② 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



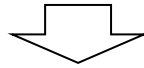
①、⑥のいずれかに「いない」もしくは②～⑤のいずれかに「いる」に○がついた場合、外泊時の費用の算定ができません。過去の請求分については返還してください。

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

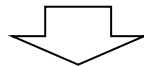


①、③、⑥、⑦のいずれかに「いない」もしくは②、④、⑤のいずれかに「いる」に○がついた場合、外泊時の費用の算定ができません。過去の請求分については返還してください。

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

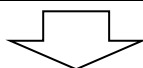


①に「いる」もしくは②、③のいずれかに「いない」に○がついた場合、初期加算は算定できません。過去の請求分を返還してください。

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

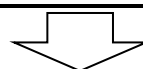


①、③、⑤のいずれかで「いない」に○がついた場合及び④で「いる」に○がついた場合、退所前訪問相談援助加算は算定できません。②、③、⑤のいずれかで「いない」に○がついた場合及び④で「いる」に○がついた場合、退所後訪問相談援助加算は算定できません。過去の請求分については返還してください。

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

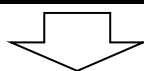


①、③で「いない」に○がついた場合及び②で「いる」に○がついた場合は、退院時相談援助加算は算定できません、過去の請求分については返還してください。

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

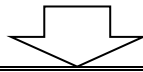


①、③で「いない」に○がついた場合及び②で「いる」に○がついた場合は、退所前連携加算は算定できません。過去の請求分については返還してください。

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つては、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も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

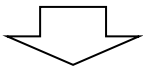


①～⑤のいずれかで「いない」もしくは⑥で「いる」に○がついた場合、栄養マネジメント強化加算は算定できません。至急加算の取り下げの届出を提出するとともに、過去の請求分については返還してください。

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



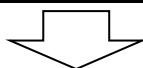
①、②、④のいずれかで「いない」もしくは③、⑤、⑥で「いる」に○がついた場合、経口移行加算は算定できません。過去の請求分については返還してください。

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

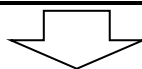


①、②で「いない」⑨で「いる」、加算(Ⅰ)は③で「いない」④、⑤で「いる」、加算(Ⅱ)は⑥～⑧で「いない」に○が付いた場合、経口維持加算は算定できません、過去の請求分については返還してください。

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

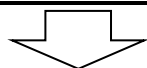


①～⑤(加算Ⅱの場合は、①～⑤及び⑦)にいずれかで「いない」もしくは⑥で「いる」に○が付いた場合、口腔衛生管理加算は算定できません。過去の請求分については返還してください。

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



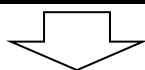
①～⑤のいずれかで「いない」もしくは⑥で「いる」に○がついた場合、療養食加算は算定できません。至急加算の取り下げ届出を提出するとともに、過去の請求分については返還してください。

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

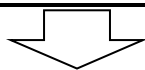


①～⑦、⑨のいずれかに「いない」もしくは⑩「いる」に○がついた場合、看取り介護加算（Ⅰ）は算定できません。また、①～⑨のいずれかに「いない」もしくは⑩「いる」に○が付いた場合、看取り介護加算（Ⅱ）は算定できません。至急加算の取り下げの届出を提出するとともに、過去の請求分については返還してください。

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



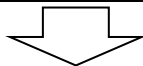
①～④のいずれかに「いない」に○がついた場合、在宅復帰支援機能加算は算定できません。過去の請求分については返還してください。

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
---	--	--------

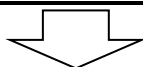


①②のいずれかに「いない」に○がついた場合、在宅・入所相互利用加算は算定できません。過去の請求分については返還してください。

ADL維持等加算	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	(ADL維持等加算Ⅰ) 評価対象者(当該事業所又は当該施設の利用期間((2)において「評価対象利用期間」という。)が六月を超える者をいう。以下この号において同じ。)の総数が十人以上ですか。	いる・いない
②	(ADL維持等加算Ⅰ) 評価対象者全員について、評価対象利用期間の初月(以下「評価対象利用開始月」という。)と、当該月の翌月から起算して六月目(六月目にサービスの利用がない場合については当該サービスの利用があった最終の月)においてADLを評価し、その評価に基づく値(以下「ADL値」という。)を測定し、測定した日が属する月ごとに厚生労働省に当該測定を提出していますか。	いる・いない
③	(ADL維持等加算Ⅰ) 評価対象者の評価対象利用開始月の翌月から起算して六月目の月に測定したADL値から評価対象利用開始月に測定したADL値を控除して得た値を用いて一定の基準に基づき算出した値(以下「ADL利得」という。)の平均値が一以上ですか。	いる・いない
④	(ADL維持等加算Ⅱ) ADL維持等加算Ⅰの算定要件の①、②の基準に適合していますか。	いる・いない
⑤	(ADL維持等加算Ⅱ) 評価対象者のADL利得の平均値が二以上ですか。	いる・いない

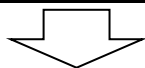


①～③のいずれかで「いない」に○がついた場合、ADL維持等加算Ⅰは算定できません。①～⑤のいずれかで「いない」に○がついた場合、ADL維持等加算Ⅱは算定できません。過去の請求分については返還してください。

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を開催していますか。	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

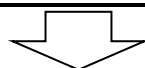


①～③のいずれかで「いない」に○がついた場合、認知症専門ケア加算Ⅰは算定できません。①～⑤のいずれかで「いない」に○がついた場合、認知症専門ケア加算Ⅱは算定できません。至急加算の取り下げの届出を提出するとともに、過去の請求分については返還してください。

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は算定していますか。	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は算定していますか。	いる・いない

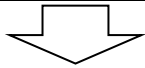


①～③のいずれかで「いない」もしくは④又は⑤で「いる」に○がついた場合、認知症行動・心理症状緊急対応加算は算定できません。過去の請求分については返還してください。

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	入所者ごとの褥瘡の発生と関連のあるリスクについて、施設入所時に評価するとともに、少なくとも3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、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か。	いる・いない
②	上記モニタリングの結果、褥瘡の発生に係るリスクがあるとされた入所者については、次の要件を満たしていますか。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 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、入所者ごとに褥瘡管理に関する褥瘡ケア計画を作成していますか。 ・ 褥瘡ケア計画に基づき、入所者ごとに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を整備している。 ・ 上記褥瘡ケア計画の内容について、入所者又はその家族から同意を得ていますか。 ・ 上記モニタリングの結果に基づき、少なくとも3月に1回、褥瘡ケア計画を見直していますか。 	いる・いない
③	(褥瘡マネジメント加算Ⅱ) ①、②のいずれにも適合していますか。	いる・いない
④	(褥瘡マネジメント加算Ⅱ) 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、褥瘡の発生がしていませんか。	いる・いない
⑤	(褥瘡マネジメント加算Ⅲ) 従前(令和3年4月報酬改定前)の褥瘡マネジメント加算に係る届出を行っている施設であって、今後LIFEを用いた情報の提出に切り替えるように必要な検討を行うことを前提に、令和3年4月報酬改定後の褥瘡マネジメント加算に係る届出を行っていますか(令和4年3月31日までは従前の要件での算定ができる。)	いる・いない

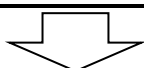


①～②のいずれかで「いない」に○がついた場合、褥瘡マネジメント加算Ⅰは算定できません。また、③で「いない」、④で「いる」に○がついた場合、褥瘡マネジメント加算Ⅱは算定できません。⑤で「いる」に○がついた場合、褥瘡マネジメント加算Ⅲは算定できません。過去の請求分については返還してください。

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。	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
⑦	(排せつ支援加算Ⅳ) 従前(令和3年4月報酬改定前)の排せつ支援加算に係る届出を行っている施設であって、令和3年4月報酬改定後の排せつ支援加算に係る届出を行っていますか(令和4年3月31日までは従前の排せつ支援加算を排せつ支援加算Ⅳと読み替えて算定できる。)	いる・いない

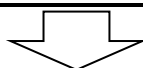


①～③のいずれかで「いない」に○がついた場合、排せつ支援加算Ⅰは算定できません。
 ①～⑤のいずれかで「いない」に○がついた場合、排せつ支援加算Ⅱは算定できません。
 ⑥で「いない」に○がついた場合、排せつ支援加算Ⅲは算定できません。
 ⑦で「いる」に○がついた場合、排せつ支援加算Ⅳは算定できません。
 過去の請求分については返還してください。

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	入所者が医療機関に入院し、直ちに再入所した際、当初の施設入所時に経口により食事を摂取していた者が、経管栄養又は嚥下調整食の新規導入になった場合であって、管理栄養士が当該医療機関での栄養食事指導又はカンファレンスに同席し、再入所後の栄養管理について当該医療機関と連携して、二次入所後の栄養ケア計画を作成していますか。指導又はカンファレンスへの同席は、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
②	栄養ケア・マネジメント未実施減算に該当していませんか。	いる・いない
⑨	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で「いない」に○がついた場合、もしくは②、③に「いる」に○がついた場合、再入所栄養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。

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



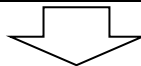
**①、②の「いない」、⑤の「いる」に○がついた場合、サービス提供体制強化加算（Ⅰ）は算定できません。
③の「いない」、⑤の「いる」に○がついた場合、サービス提供体制強化加算（Ⅱ）は算定できません。
④の「いない」、⑤の「いる」に○がついた場合、サービス提供体制強化加算（Ⅲ）は算定できません。**

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。

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、自立支援に係る医学的評価を施設入所時に行うとともに、少なくとも6月に1回、医学的評価の見直しを行い、自立支援に係る支援計画等の策定等に参加していますか。	いる・いない
②	①の医学的評価の結果、自立支援促進の対応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ますか。	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ますか。	いる・いない
④	①の医学的評価の結果等の情報を厚生労働省に提出し、自立支援促進の実施に当たって、当該情報その他自立支援促進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

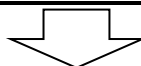


①～④で「いない」に○がついた場合、自立支援促進加算は算定できません。過去の請求分については返還してください。

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	(科学的介護推進体制加算Ⅰ) 入所者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の入所者の心身の状況等に係る基本的な情報を、厚生労働省に提出していますか。	いる・いない
②	(科学的介護推進体制加算Ⅰ) 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ますか。	いる・いない
③	(科学的介護推進体制加算Ⅱ) ①に加えて、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ますか。	いる・いない
④	(科学的介護推進体制加算Ⅱ) ②に加えて、③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ますか。	いる・いない



①、②で「いない」に○がついた場合、科学的介護推進体制加算Ⅰは算定できません。

①～④で「いない」に○がついた場合、科学的介護推進体制加算Ⅱ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	事故が発生した場合の対応、次号に規定する報告の方法等が記載された事故発生防止のための指針を整備していますか。	いる・いない
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を従業者に周知徹底する体制を整備していますか。	いる・いない
③	事故発生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。	いる・いない
④	①～③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。 ※ただし、令和3年10月31日までの間にあっては、研修を受講予定（令和3年4月以降、研修受講申込書等を有している場合）であれば、研修を受講したものとみなすが、10月31日までに研修を受講できない場合は、令和3年4月から10月までに算定した当該加算について遡り返還すること。	いる・いない
⑤	④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ますか。	いる・いない
⑥	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ますか。	いる・いない



①～⑥で「いない」に○がついた場合、安全対策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。

介護職員処遇改善加算	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。

介護職員処遇改善加算（Ⅰ）

①	介護職員の賃金（退職手当を除く。）の改善に要する費用の見込額が介護職員処遇改善加算の算定見込額を上回る介護職員の賃金の改善に関する計画を策定し、当該計画に基づき適切な措置を講じていますか。	
②	問①における「介護職員」は、介護職員として勤務しているものとし、他の職種の者（従業者の勤務の体制において介護職員との兼務が認められている者を除く。）は対象としていませんか。	

③	(介護職員処遇改善計画書) 問①における計画、当該計画に係る実施期間及び実施方法その他の介護職員の処遇改善の計画等を記載した介護職員処遇改善計画書を作成し、全ての介護職員に周知し、指定権者に届け出ていますか。	
④	介護職員の賃金（退職手当を除く。）の改善については、次の賃金水準と比較した場合の改善分としている。 ①介護職員処遇改善交付金を受けていた事業所については、平成23年度の賃金水準から介護職員処遇改善交付金による改善を行っていた部分を除いた水準。（ただし、新たに当加算を算定した場合は、前年度の賃金水準） ②介護職員処遇改善交付金を受けていなかった事業所については、当加算を算定する年度の前年度の賃金水準。	
⑤	介護職員処遇改善計画書における賃金改善実施期間については、当加算を算定しようとする年度の4月（年度の途中から当加算を算定しようとする場合は、当該算定を開始する月）から翌年3月までとしていますか。（問⑥の場合を除く。）	
⑥	介護職員処遇改善計画書における賃金改善実施期間については、介護職員処遇改善交付金を受けている等により、賃金改善実施計画の重複が発生する等の理由があるため、5月から翌年4月まで、6月から翌年5月まで等としていますか。	
⑦	介護職員処遇改善計画書及びキャリアパス要件等届出書の内容の周知については、全ての従業者が閲覧できる掲示板等への掲示や全ての従業者への文書による通知等、事業者において適切な方法により実施していますか。	
⑧	当加算の算定額に相当する介護職員の賃金（退職手当を除く。）の改善を実施していますか。	
⑨	賃金改善実施期間の終期において、賃金改善額が当加算による収入額を下回ることとなる場合には、当該下回る額に相当する分については、一時金、賞与等として介護職員に支給し、当加算の算定額を上回るような措置を講ずることとしていますか。	
⑩	事業年度ごとに介護職員の処遇改善に関する実績を指定権者に報告していますか。	
⑪	算定日が属する月の前12カ月間において、労働基準法（昭和22年法律第49号）、労働者災害補償保険法（昭和22年法律第50条）、最低賃金法（昭和34年法律第137号）、労働安全衛生法（昭和47年法律第57号）、雇用保険法（昭和49年法律第116号）その他の労働に関する法令に違反し、罰金以上の刑に処せられていないですか。	
⑫	労働保険料（労働保険の保険料の徴収等に関する法律（昭和44年法律第84号）第10条第2項に規定する労働保険料をいう。）の納付を適正に行っていますか。	

⑬	<p>(キャリアパス要件)</p> <p>次の基準①、②、③のいずれにも適合していますか。</p> <p>① 次の要件A、Bいずれにも適合していますか。</p> <p>A 介護職員の任用の際における職位、職責または職務内容等に応じた任用等の要件及びそれに対応した賃金に関する体系を定めていますか。</p> <p>B Aの要件について書面をもって作成し、全ての介護職員に周知していますか。</p> <p>② 次の要件A、Bいずれにも適合していますか。</p> <p>A 介護職員の資質の向上の支援に関する計画を策定し、当該計画に係る研修の実施又は研修の機会を確保していますか。</p> <p>B Aについて、全ての介護職員に周知していますか。</p> <p>③ 次の要件A、Bいずれにも適合していますか。</p> <p>A 次のa,b,cのいずれかに該当する仕組みを設けていますか。</p> <p>a 経験に応じて昇給する仕組み</p> <p>b 資格等に応じて昇給する仕組み</p> <p>c 一定の基準に基づき定期的に昇給を判定する仕組み</p> <p>B Aについて、全ての介護職員に周知していますか。</p>	
⑭	<p>(職場環境等要件)</p> <p>問③における届出の日の属する月の前月までに実施した介護職員の処遇改善の内容(介護職員の賃金(退職手当を除く。))の改善に関するものを除く。)及び当該介護職員の処遇改善に要した費用を全ての職員に周知していますか。</p>	

介護職員処遇改善加算(Ⅱ)

①	<p>介護職員処遇改善加算(Ⅰ)の問①～問⑫までのいずれにも適合していますか。</p>	
②	<p>(キャリアパス要件)</p> <p>次の基準①、②のいずれにも適合していますか。</p> <p>① 次の要件A、Bいずれにも適合していますか。</p> <p>A 介護職員の任用の際における職位、職責または職務内容等に応じた任用等の要件及びそれに対応した賃金に関する体系を定めていますか。</p> <p>B Aの要件について書面をもって作成し、全ての介護職員に周知していますか。</p> <p>② 次の要件A、Bいずれにも適合していますか。</p> <p>A 介護職員の資質の向上の支援に関する計画を策定し、当該計画に係る研修の実施又は研修の機会を確保していますか。</p> <p>B Aについて、全ての介護職員に周知していますか。</p>	
③	<p>(職場環境等要件)</p> <p>介護職員処遇改善加算(Ⅰ)問③における届出の日の属する月の前月までに実施した介護職員の処遇改善の内容(介護職員の賃金(退職手当を除く。))の改善に関するものを除く。)及び当該介護職員の処遇改善に要した費用を全ての職員に周知していますか。</p>	

介護職員処遇改善加算(Ⅲ)

①	<p>介護職員処遇改善加算(Ⅰ)の問①～問⑫までのいずれにも適合していますか。</p>	
---	---	--

	(キャリアパス要件) 次の基準①、②のいずれかに適合していますか。 ① 次の要件A、Bいずれにも適合していますか。 A 介護職員の任用の際における職位、職責または職務内容等に応じた任用等の要件及びそれに対応した賃金に関する体系を定めていますか。 ② B Aの要件について書面をもって作成し、全ての介護職員に周知していますか。 ② 次の要件A、Bいずれにも適合していますか。 A 介護職員の資質の向上の支援に関する計画を策定し、当該計画に係る研修の実施又は研修の機会を確保していますか。 B Aについて、全ての介護職員に周知していますか。	
	(職場環境等要件) 介護職員処遇改善加算（Ⅰ）問③における届出の日の属する月の前月までに実施した介護職員の処遇改善の内容（介護職員の賃金（退職手当を除く。）の改善に関するものを除く。）及び当該介護職員の処遇改善に要した費用を全ての職員に周知していますか。	

介護職員処遇改善加算（Ⅳ）

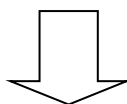
①	介護職員処遇改善加算（Ⅰ）の問①～問⑫までのいずれにも適合していますか。	
②	介護職員処遇改善加算（Ⅱ）の問②～問③までのいずれかに適合していますか。	

※令和2年度末に廃止されましたが、令和3年度3月末時点で同加算を算定している介護サービス事業者については、1年の経過措置期間が設けられています。

介護職員処遇改善加算（Ⅴ）

①	介護職員処遇改善加算（Ⅰ）の問①～問⑫までのいずれにも適合していますか。	
---	--------------------------------------	--

※令和2年度末に廃止されましたが、令和3年度3月末時点で同加算を算定している介護サービス事業者については、1年の経過措置期間が設けられています。

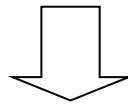


点検項目について×がある場合、介護職員処遇改善加算は算定できません。過去の請求分については返還してください。

介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）（Ⅱ）

①	賃金改善は、基本給、手当、賞与等（退職手当を除く。）のうち対象とする賃金項目を特定したうえで行っていますか。	
②	介護職員処遇改善加算（Ⅰ）から（Ⅲ）までのいずれかを算定していますか。	
③	届出を要する日の属する月の前月までに実施した処遇改善（賃金改善を除く）の内容をすべての職員に周知していますか。	

④	特定加算に基づく取組について、ホームページへの掲載等により公表していますか。	
⑤	経験・技能を有する介護職員のうち1人以上は、賃金改善に要する費用の見込額が月額8万円（賃金改善実施期間における平均）以上又は賃金改善後の賃金の見込額が年額440万円以上ですか。	
⑥	経験・技能のある介護職員の賃金改善に要する費用の見込額の平均が、介護職員（経験・技能のある介護職員を除く）の賃金改善に要する費用の見込額の平均の2倍以上ですか。	
⑦	介護職員（経験・技能のある介護職員を除く）の賃金改善に要する費用の見込額の平均が、介護職員以外の職員の賃金改善に要する費用の見込額の平均2倍以上ですか。ただし、介護職員以外の職員の平均賃金額が他の介護職員の平均賃金額の見込額を上回らない場合はこの限りではない。	
⑧	介護職員以外の職員の賃金改善に要する費用の見込額が年額440万円を上回らないですか。 ※賃金改善前の賃金がすでに年額440万円を上回る場合には、当該職員は特定加算による賃金改善の対象となりません。	
⑨	（介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）のみ。） サービス提供体制強化加算（Ⅰ）、（Ⅱ）又は日常生活継続支援加算のいずれかを算定していますか。	



点検項目について×がある場合、介護職員等特定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 栄養管理に係る減算【令和6年3月31日までは回答不要】

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。

● 新型コロナウイルス感染症の予防の観点から、研修・会議等を実施しなかった場合は、その旨を記載してください。

(例1：新型コロナウイルス感染症予防のため、未実施。)

例2：新型コロナウイルス感染症予防のため、書面会議。)

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。