

地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費

※請求した介護給付費について、点検結果にチェックをしてください。

| 点検項目 | 点検結果 | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | 請求実績有 | | 請求実績無 |
| | 満たす | 満たさない | |
| 1. 夜勤減算 | 1日につき所定単位数の100分の97を算定 | | |
| (1)利用者数25人以下 介護職員・看護職員数 1人 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (2)利用者数26人以上60人以下 介護職員・看護職員数 2人 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (3)利用者数61人以上80人以下 介護職員・看護職員数 3人 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (4)利用者数81人以上100人以下 介護職員・看護職員数 4人 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (5)利用者数101人以上 介護職員・看護職員数 4に利用者が100を超えて25又は端数を増すごとに1を加えた数 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (6)ユニット型・・・2ユニットごとに夜勤を行う介護職員又は看護職員数が1人 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. やむを得ない措置等による定員の超過 | 所定単位数の100分の97を算定 | | |
| 原則として入所者数(空床利用型の短期入所生活介護の利用者数を含む。)が入所定員を超える場合は、定員超過利用による減算の対象となり、所定単位数の100分の70を算定する。ただし、次の①及び②の場合においては、入所定員に100分の105を乗じて得た数(入所定員が40人を超える場合にあっては、利用定員に2を加えて得た数)まで、③の場合にあっては、入所定員に100分の105を乗じて得た数までは減算が行われない。なお、この取り扱いは、あくまでも一時的かつ特例的なものであることから、速やかに定員超過利用を解消する必要があること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ①市が行った措置による入所(当該指定介護老人福祉施設において空床利用型の短期入所生活介護の利用が行われる場合を含む。)により、やむを得ず入所定員を超える場合。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ②当該施設の入所者であったものが、入院をしていた場合に、当初の予定より早期に施設への再入所が可能となったとき、その時点で当該施設が満床だった場合。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ③近い将来、本体施設に入所することが見込まれる者がその家族が急遽入院したことにより、施設(当該施設が満床である場合に限る。)に入所し、併設される指定短期入所生活介護の空床を利用して、施設サービスを受けることにより、施設の入所定員を超過する場合。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ユニットにおける職員に係る減算 | 1日につき所定単位数の100分の97を算定 | | |
| 次の施設基準を満たさない場合は、1日につき所定単位数の100分の97に相当する単位数を算定すること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ①日中については、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。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ②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。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費

※請求した介護給付費について、点検結果にチェックをしてください。

| 点検項目 | 点検結果 | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | 請求実績有 | | 請求実績無 |
| | 満たす | 満たさない | |
| 4. 身体拘束廃止未実施減算 | 1日につき所定単位数の100分の10を減算 | | |
| (1)身体拘束等を行う場合の記録を行っていない場合に、入所者全員について所定単位数から減算する。具体的には、記録を行っていない事実が生じた場合、速やかに改善計画を市長に提出した後、事実が生じた月から3月後に改善計画に基づく改善状況を市長に報告することとし、事実が生じた月の翌月から改善が認められる月までの間について、入所者全員について所定単位数から減算する。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (2)身体的拘束等の適正化を図るため、以下の措置を講じなければならない。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ①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すること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ②身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を3月に1回以上開催するとともに、その結果について、介護職員その他従業者に周知徹底を図ること。(地域密着型施設においては、運営推進会議を活用することができること。) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ③身体的拘束等の適正化のための指針を整備すること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ④介護職員その他の従業者に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的を実施すること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. 安全管理体制未実施減算 | 1日につき5単位を所定単位数から減算 | | |
| (1)指定地域密着型サービス基準第155条第1項に規定する基準を満たさない事実が生じた場合に、その翌月から基準に満たない状況が解消されるに至った月まで、入所者全員について、所定単位数から減算することとする。 ※基準第155条第1項⇒下記の(2)の①から④ ※経過措置⇒安全対策を適切に実施するための担当者は、令和3年改正省令の施行の日から起算して6月を経過するまでの間、経過措置として、当該担当者を設置するよう努めることとしているため、当該期間中(令和3年9月30日までの間)、当該減算は適用しない。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (2)施設は、事故の発生又はその再発を防止するため、次の①から④の措置を講じなければならない。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ①事故が発生した場合の対応、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すること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ②事故が発生した場合又はそれに至る危険性がある状態が生じた場合に、当該事実が報告され、その分析を通じた改善策について、従業者に周知徹底を図る体制を整備すること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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ること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ④上記①から③の措置を適切に実施するための担当者をおくこと。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費

※請求した介護給付費について、点検結果にチェックをしてください。

| 点検項目 | 点検結果 | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | 請求実績有 | | 請求 実績無 |
| | 満たす | 満たさ ない | |
| 6. 栄養管理の基準を満たさない場合の減算(3年の経過措置期間を設ける) | 1日につき14単位を所定単位数から減算 | | |
| (1)指定地域密着型サービス基準第三十一条に定める栄養士又は管理栄養士の員数を置いていること及び指定地域密着型サービス基準第四十三条の二(指定地域密着型サービス基準第六十九条において準用する場合を含む。)に規定する基準のいずれにも適合していること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ※栄養管理の基準を満たさない場合の減算については、基準を満たさない事実が生じた場合に、その翌々月から基準に満たさない状況が解決されるに至った月まで、入所者全員について、所定単位数が減算されることとする(ただし、翌月の末日において基準を満たすに至っている場合を除く。) ※栄養管理の基準⇒下記の①② | | | |
| ①栄養士又は管理栄養士を1以上配置している。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ②施設は、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わなければならない。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. 日常生活継続支援加算(I) | 1日につき36単位を加算 | | |
| (1)ユニット型以外の施設サービス費を算定していること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (2)次のいずれかに該当すること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ①算定日の属する月の前6月間又は前12月間における新規入所者の総数のうち、要介護4又は要介護5の者の占める割合が100分の70以上であること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ②算定日の属する月の前6月間又は前12月間における新規入所者の総数のうち、日常生活に支障を来すおそれのある症状又は行動が認められることから介護を必要とする認知症である者(日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する者)の占める割合が100分の65以上であること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ③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以上であること。 | | | |
| 一. 口腔内の喀痰吸引 二. 鼻腔内の喀痰吸引 三. 気管カニューレ内部の喀痰吸引 四. 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 五. 経鼻経管栄養 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費

※請求した介護給付費について、点検結果にチェックをしてください。

| 点検項目 | 点検結果 | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | 請求実績有 | | 請求実績無 |
| | 満たす | 満たさない | |
| <p>(3)介護福祉士の数が、常勤換算方法で入所者の数が6又はその端数を増すごとに1以上であること。 ただし、次に掲げる規定のいずれにも適合する場合は、介護福祉士の数が、常勤換算方法で、入所者の数が七又はその端数を増すごとに一以上であること。</p> <p>a 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。)を複数種類使用していること。</p> <p>b 介護機器の使用に当たり、介護職員、看護職員、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、アセスメント(入所者の心身の状況を勘案し、自立した日常生活を営むことができるように支援する上で解決すべき課題を把握することをいう。)及び入所者の身体の状況等の評価を行い、職員の配置の状況等の見直しを行っていること。</p> <p>c 介護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、かつ、介護機器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、介護支援専門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、及び当該事項の実施を定期的に確認すること。 i 入所者の安全及びケアの質の確保 ii 職員の負担の軽減及び勤務状況への配慮 iii 介護機器の定期的な点検 iv 介護機器を安全かつ有効に活用するための職員研修</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (4)定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7-2. 日常生活継続支援加算(Ⅱ) | 1日につき46単位を加算 | | |
| (1)ユニット型地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費又は経過的ユニット型経過的地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費を算定していること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (2)次のいずれかに該当すること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ①算定日の属する月の前6月間又は前12月間における新規入所者の総数のうち、要介護4又は要介護5の者の占める割合が100分の70以上であること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ②算定日の属する月の前6月間又は前12月間における新規入所者の総数のうち、日常生活に支障を来すおそれのある症状又は行動が認められることから介護を必要とする認知症である者(日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する者)の占める割合が100分の65以上であること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費

※請求した介護給付費について、点検結果にチェックをしてください。

| 点検項目 | 点検結果 | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | 請求実績有 | | 請求実績無 |
| | 満たす | 満たさない | |
| <p>③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以上であること。</p> <p>一. 口腔内の喀痰吸引 二. 鼻腔内の喀痰吸引 三. 気管カニューレ内部の喀痰吸引 四. 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 五. 経鼻経管栄養</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>(3)介護福祉士の数が、常勤換算方法で入所者の数が6又はその端数を増すごとに1以上であること。</p> <p>ただし、次に掲げる規定のいずれにも適合する場合は、介護福祉士の数が、常勤換算方法で、入所者の数が七又はその端数を増すごとに1以上であること。</p> <p>a 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。)を複数種類使用していること。</p> <p>b 介護機器の使用に当たり、介護職員、看護職員、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、アセスメント(入所者の心身の状況を勘案し、自立した日常生活を営むことができるように支援する上で解決すべき課題を把握することをいう。)及び入所者の身体の状態等の評価を行い、職員の配置の状態等の見直しを行っていること。</p> <p>c 介護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、かつ、介護機器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、介護支援専門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、及び当該事項の実施を定期的に確認すること。</p> <p>i 入所者の安全及びケアの質の確保 ii 職員の負担の軽減及び勤務状況への配慮 iii 介護機器の定期的な点検 iv 介護機器を安全かつ有効に活用するための職員研修</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>(4)定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>8. 看護体制加算(Ⅰ)イ</p> | 1日につき12単位を加算 | | |
| <p>(1)地域密着型介護老人福祉施設入所者介護費又はユニット型地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費を算定していること。</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>(2)常勤の看護師を1名以上配置していること。</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>(3)定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費

※請求した介護給付費について、点検結果にチェックしてください。

| 点検項目 | 点検結果 | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | 請求実績有 | | 請求 実績無 |
| | 満たす | 満たさ ない | |
| 8-2. 看護体制加算(Ⅰ)ロ | 1日につき4単位を加算 | | |
| (1)経過的地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費又は経過のユニット型経過的地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費を算定していること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (2)常勤の看護師を1名以上配置していること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (3)定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8-3. 看護体制加算(Ⅱ)イ | 1日につき23単位を加算 | | |
| (1)看護体制加算(Ⅰ)イの(1)に該当するものであること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (2)看護職員を常勤換算方法で2名以上配置していること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (3)看護職員の数が、常勤換算方法で、入所者の数が25又はその端数を増すごとに1以上。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (4)当該施設の看護職員により、又は病院若しくは診療所若しくは指定訪問看護ステーションの看護職員との連携により、24時間連絡できる体制を確保していること。 ※【24時間連絡できる体制】とは次のイからニの体制を整備することを想定している。 イ. 管理者を中心に職員による協議の上、夜間における連絡・対応体制(オンコール体制)に関する取り決め(指針やマニュアル等)の整備がなされていること。 ロ. 管理者を中心に職員による協議の上、看護職員不在時の介護職員による入居者の観察項目の標準化(どのようなことが観察されれば看護職員に連絡するか)がなされていること。 ハ. 施設内研修等を通じ、職員にイ及びロの内容が周知されていること。 ニ. 施設の看護職員とオンコール対応の看護職員が異なる場合には、電話やFAX等により入所者の状態に関する引継ぎを行うとともに、オンコール終了後にも同様の引継ぎを行うこと。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (5)定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費

※請求した介護給付費について、点検結果にチェックをしてください。

| 点検項目 | 点検結果 | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| | 請求実績有 | | 請求 実績無 | |
| | 満たす | 満たさ ない | | |
| 8-4. 看護体制加算(Ⅱ)口 | 1日につき8単位を加算 | | | |
| (1)看護体制加算(Ⅰ)口の(1)に該当するもの。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (2)看護職員を常勤換算方法で2名以上配置していること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (3)看護職員の数が、常勤換算方法で、入所者の数が25又はその端数を増すごとに1以上。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (4)当該施設の看護職員により、又は病院若しくは診療所若しくは指定訪問看護ステーションの看護職員との連携により、24時間連絡できる体制を確保していること。 ※【24時間連絡できる体制】とは次のイからニの体制を整備することを想定している。 イ. 管理者を中心に職員による協議の上、夜間における連絡・対応体制(オンコール体制)に関する取り決め(指針やマニュアル等)の整備がなされていること。 ロ. 管理者を中心に職員による協議の上、看護職員不在時の介護職員による入居者の観察項目の標準化(どのようなことが観察されれば看護職員に連絡するか)がなされていること。 ハ. 施設内研修等と通じ、職員にイ及びロの内容が周知されていること。 ニ. 施設の看護職員とオンコール対応の看護職員が異なる場合には、電話やFAX等により入所者の状態に関する引継ぎを行うとともに、オンコール終了後にも同様の引継ぎを行うこと。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (5)定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 9. 夜勤職員配置加算 共通 | ※加算(Ⅰ)～(Ⅳ)は併算定不可 | | | |
| 夜勤を行う介護職員又は看護職員の数が、最低基準を1以上上回っている場合に、次の区分に応じて算定。ただし、次のa又はbに掲げる場合は、当該a又はbに定める数以上である場合に算定する。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| a 次に掲げる条件のいずれにも適合している場合 最低基準の数に10分の9を加えた数。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| i 見守り機器を、当該施設の入所者の数の10分の1以上の数配置していること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| ii 見守り機器を安全かつ有効に活用するための委員会を設置し、必要な検討等が行われていること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費

※請求した介護給付費について、点検結果にチェックをしてください。

| 点検項目 | 点検結果 | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| | 請求実績有 | | 請求 実績無 | |
| | 満たす | 満たさ ない | | |
| 点検事項 | | | | |
| b 次に掲げる要件のいずれにも適合している場合 最低基準の数に10分の6を加えた数(ユニット型以外で夜勤職員基準第一号口(1)(一)fに基づき夜勤を行う介護職員又は看護職員を配置している場合にあつては、最低基準の数に10分の8を加えた数) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| i 夜勤時間帯を通じて、見守り機器を当該施設の入所者の数以上設置していること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 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し、職員同士の連携が図られていること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| iii 見守り機器等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、かつ、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、及び当該事項の実施を定期的に確認すること。 | | | | |
| (1)夜勤を行う職員による居室への訪問を個別に必要とする入所者への訪問及び当該入所者に対する適切なケア等による入所者の安全及びケアの質の確保 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (2)夜勤を行う職員の負担の軽減及び勤務状況への配慮 | | | | |
| (3)見守り機器等の定期的な点検 | | | | |
| (4)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 | | | | |
| 9-2. 夜勤職員配置加算(Ⅰ)イ | 1日につき41単位を加算 | | | |
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費を算定していること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 9-3. 夜勤職員配置加算(Ⅰ)ロ | 1日につき13単位を加算 | | | |
| 経過的地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費を算定していること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 9-4. 夜勤職員配置加算(Ⅱ)イ | 1日につき46単位を加算 | | | |
| ユニット型地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費を算定していること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 9-5. 夜勤職員配置加算(Ⅱ)ロ | 1日につき18単位を加算 | | | |
| 経過的ユニット型経過的地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費を算定していること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 9-6. 夜勤職員配置加算(Ⅲ)イ | 1日につき56単位を加算 | | | |
| (1)(Ⅰ)イの基準を満たしていること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (2)夜勤時間帯を通じて、看護職員を配置していること又は喀痰吸引等の実施ができる介護職員を配置していること。(この場合、登録喀痰吸引等事業者として都道府県の登録が必要) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費

※請求した介護給付費について、点検結果にチェックをしてください。

| 点検項目 | 点検結果 | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | 請求実績有 | | 請求 実績無 |
| | 満たす | 満たさ ない | |
| 9-7. 夜勤職員配置加算(Ⅲ)ロ | 1日につき16単位を加算 | | |
| (1)(Ⅰ)ロの基準を満たしていること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (2)夜勤時間帯を通じて、看護職員を配置していること又は喀痰吸引等の実施ができる介護職員を配置していること。(この場合、登録喀痰吸引等事業者として都道府県の登録が必要) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9-8. 夜勤職員配置加算(Ⅳ)イ | 1日につき61単位を加算 | | |
| (1)(Ⅱ)イの基準を満たしていること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (2)夜勤時間帯を通じて、看護職員を配置していること又は喀痰吸引等の実施ができる介護職員を配置していること。(この場合、登録喀痰吸引等事業者として都道府県の登録が必要) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9-9. 夜勤職員配置加算(Ⅳ)ロ | 1日につき21単位を加算 | | |
| (1)(Ⅱ)ロの基準を満たしていること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (2)夜勤時間帯を通じて、看護職員を配置していること又は喀痰吸引等の実施ができる介護職員を配置していること。(この場合、登録喀痰吸引等事業者として都道府県の登録が必要) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. 準ユニットケア加算 | 1日につき5単位を加算 | | |
| (1)12人を標準とする準ユニットにおいてケアを行っていること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (2)プライバシーの確保に配慮した個室的なしつらえを整備し、準ユニットごとに利用できる共同生活室を設けていること。 ※【プライバシーの確保に配慮した個室的なしつらえ】とは 可動でないもので隔てることまでを要するものではないが、視線が遮断されることを前提とする。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (3)日中については、準ユニットごとに1人以上の介護職員又は看護職員を配置すること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (4)夜間及び深夜において、2準ユニットごとに1人以上の介護職員又は看護職員を配置すること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (5)準ユニットごとに、常勤のユニットリーダーを配置すること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費

※請求した介護給付費について、点検結果にチェックをしてください。

| 点検項目 | 点検結果 | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| | 請求実績有 | | 請求 実績無 | |
| | 満たす | 満たさ ない | | |
| 11. 生活機能向上連携加算(Ⅰ) | 1月につき100単位を加算 ※3月に1回を限度 | | | |
| (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施設(病院にあっては、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。)の理学療法士等の助言に基づき、当該施設の機能訓練指導員等が共同して利用者の身体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こと。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| ※理学療法士等⇒理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は医師 | | | | |
| (2) 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た機能訓練を適切に提供していること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (3) (1)の評価に基づき、個別機能訓練計画の進捗状況等を三月ごとに一回以上評価し、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ること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| ※理学療法士等の助言に基づき個別機能訓練計画を見直した場合には、本加算を再度算定することは可能である。 | | | | |
| (4) 各月における評価内容や目標の達成度合いについて、機能訓練指導員等が、利用者又はその家族及び理学療法士に報告・相談し、理学療法士等から必要な助言を得た上で、見直しや訓練内容の変更など適切な対応を行うこと。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (5) 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ようにすること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (6) 個別機能訓練加算を算定している場合は、生活機能向上連携加算(Ⅰ)は算定しない。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (7) 生活機能向上連携加算(Ⅱ)を算定していないこと。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費

※請求した介護給付費について、点検結果にチェックをしてください。

| 点検項目 | 点検結果 | | |
|---|---|--------------------------|--------------------------|
| | 請求実績有 | | 請求 実績無 |
| | 満たす | 満たさ ない | |
| 11-2. 生活機能向上連携加算(Ⅱ) | 1月につき200単位を加算 ※個別機能訓練加算を算定している場合は1月につき100単位を加算 | | |
| (1)訪問リハビリテーション事業所、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等が当該施設を訪問し、当該事業所の機能訓練指導員等が共同して利用者の身体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こと。 その際、理学療法士等は機能訓練指導員等に対し、日常生活上の留意点、介護の工夫等に関する助言を行うこと。 ※個別機能訓練加算を算定している場合は、別に個別機能訓練計画を作成する必要はない。 ※理学療法士等⇒理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は医師 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (2)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た機能訓練を適切に提供していること。 ※機能訓練指導員等 ⇒ 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 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (3)(1)の評価に基づき、個別機能訓練計画の進捗状況等を三月ごとに一回以上評価し、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ること。 ※3月ごとに1回以上理学療法士等が事業所を訪問し、機能訓練指導員等と共同で評価した上で、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を行うこと。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (4)各月における評価内容や目標の達成度合いについて、機能訓練指導員等が、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、目標の見直しや訓練内容の変更など適切な対応を行うこと。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (5)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ようにすること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (6)個別機能訓練加算を算定している場合は、1月につき100単位を所定単位数に算定する。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (7)生活機能向上連携加算(Ⅰ)を算定していないこと。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費

※請求した介護給付費について、点検結果にチェックしてください。

| 点検項目 | 点検結果 | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | 請求実績有 | | 請求実績無 |
| | 満たす | 満たさない | |
| 12. 個別機能訓練加算(Ⅰ) | 1日につき12単位を加算 | | |
| <p>(1)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、あん摩マッサージ指圧師及び一定の実務経験を有するはり師、きゅう師(以下「理学療法士等」という。)1名以上配置していること。</p> <p>※一定の実務経験を有するはり師、きゅう師 ⇒ 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月以上勤務し、機能訓練指導に従事した経験を有する者。</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>(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者が共同して、入所者ごとにその目標、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こと。</p> <p>※個別機能訓練計画に相当する内容を地域密着型施設サービス計画の中に記載する場合は、その記載をもって個別機能訓練計画の作成に代えることができるものとする。</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>(3)個別機能訓練計画に基づき、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が共同して計画的に機能訓練を行い、個別機能訓練の効果、実施方法等について評価等を行っていること。</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>(4)個別機能訓練を行う場合は、開始時及び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、記録すること。</p> <p>※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利用者の同意を得なければならないこと。</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>(5)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、常に当該施設の個別機能訓練の従業者により、閲覧が可能であるようにすること。</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12-2. 個別機能訓練加算(Ⅱ) | 1月につき20単位を加算 | | |
| <p>(1)個別機能訓練加算(Ⅰ)を算定していること。</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>(2)個別機能訓練計画の内容等の情報を厚生労働省に提出し、機能訓練の実施に当たって、当該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を活用していること。</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費

※請求した介護給付費について、点検結果にチェックしてください。

| 点検項目 | 点検結果 | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------|
| | 請求実績有 | | 請求 実績無 | |
| | 満たす | 満たさ ない | | |
| 13. ADL維持等加算(I) | 1月につき30単位を加算 | | | ※加算(I)(II)は併算定不可 |
| (1) 評価対象者の総数が10人以上であること。 ※評価対象者⇒当該施設の利用期間が6月を超える者をいう。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (2) 評価対象者全員について、評価対象利用期間の初月(「評価対象利用開始月」と、当該月の翌月から起算して6月目(6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(「ADL値」)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ること。 ※ADLの評価は、一定の研修を受けた者により、Barthel Index を用いて行うものとする。 ※厚生労働省へのADL値の提出は、LIFEを用いて行うこととする。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (3) 評価対象者の評価対象利用開始月の翌月から起算して6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(「ADL利得」)の平均値が1以上であること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (4) 評価対象期間の満了日の属する月の翌月から12月以内の期間に限り、当該基準に掲げる区分に従い、1月につき所定単位数に加算する。 ※評価対象期間(厚生労働大臣が定める期間)⇒ADL維持等加算の算定を開始する月の前年の同月から起算して12月までの期間 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 13-2. ADL維持等加算(II) | 1月につき60単位を加算 | | | ※加算(I)(II)は併算定不可 |
| (1) 加算Iの要件(1)及び(2)を満たしていること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (2) 評価対象者のADL利得の平均値が2以上であること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (3) 評価対象期間の満了日の属する月の翌月から12月以内の期間に限り、当該基準に掲げる区分に従い、1月につき所定単位数に加算する。 ※評価対象期間(厚生労働大臣が定める期間)⇒ADL維持等加算の算定を開始する月の前年の同月から起算して12月までの期間 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費

※請求した介護給付費について、点検結果にチェックしてください。

| 点検項目 | 点検結果 | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------|
| | 請求実績有 | | 請求 実績無 | |
| | 満たす | 満たさ ない | | |
| 14. 若年性認知症利用者受入加算 | 1日につき120単位を加算 | | | |
| (1)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)ごとに個別の担当者を定めていること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (2)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うこと。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (3)認知症行動・心理症状緊急対応加算を算定していないこと。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 15. 専従の常勤医師配置加算 | 1日につき25単位を加算 | | | |
| (1)専ら当該施設の職務に従事する常勤の医師を1名以上配置していること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 16. 精神科を担当する医師に係る加算 | 1日につき5単位を加算 | | | |
| (1)認知症である入所者が、全入所者の3分の1以上を占めること。(常に、認知症である入所者の数を的確に把握する必要があること。) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (2)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回以上行われていること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| ※精神科を担当する医師 → 精神科を標ぼうしている医療機関において精神科を担当している医師を指すことが原則であるが、過去に相当期間、精神科を担当する医師であった場合や精神保健指定医の指定を受けているなど、その専門性が担保されていると判断できる場合は算定できる。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (3)常勤の医師に係る加算を算定していないこと。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (4)施設の配置医師(嘱託医)が1名であり、当該医師が精神科医を兼ねる場合は、配置医師として勤務する回数のうち4回(1回当たりの勤務時間3～4時間程度)までは加算の算定の基礎としないこと。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (5)入所者に対し療養指導を行った記録等を残しておくこと。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 療養指導の記録 |

地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費

※請求した介護給付費について、点検結果にチェックしてください。

| 点検項目 | 点検結果 | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------|
| | 請求実績有 | | 請求 実績無 | |
| | 満たす | 満たさ ない | | |
| 17. 障害者生活支援体制加算(Ⅰ) | 1日につき26単位を加算 | | | |
| (1)視覚、聴覚若しくは言語機能に重度の障害がある者又は重度の知的障害者若しくは精神障害者(視覚障害者等)である入所者の占める割合が100分の30以上であること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (2)視覚障害者等に対する生活支援に関し専門性を有する者(障害者生活支援員)であつて、専ら障害者生活支援員としての職務に従事する常勤の職員を1名以上配置していること。 ※障害者生活支援員とは、次の専門性を有する者であること。 ①視覚障害(点字の指導、点訳、歩行支援等を行うことができる者) ②聴覚障害又は言語機能障害(手話通訳等を行うことができる者) ③知的障害(知的障害者福祉法第14条各号に掲げる者又はこれらに準ずる者) 一 社会福祉法に定める社会福祉主事たる資格を有する者であつて、知的障害者の福祉に関する事業に二年以上従事した経験を有するもの 二 学校教育法(昭和二十二年法律第二十六号)に基づく大学又は旧大学令(大正七年勅令第三百八十八号)に基づく大学において、厚生労働大臣の指定する社会福祉に関する科目を修めて卒業した者(当該科目を修めて同法に基づく専門職大学の前期課程を修了した者を含む。) 三 医師 四 社会福祉士 五 知的障害者の福祉に関する事業に従事する職員を養成する学校その他の施設で都道府県知事の指定するものを卒業した者 六 前各号に準ずる者であつて、知的障害者福祉司として必要な学識経験を有するもの ④精神障害(精神保健福祉士又は精神保健福祉訪施行令第12条各号に掲げる者) 一 学校教育法(昭和二十二年法律第二十六号)に基づく大学において社会福祉に関する科目又は心理学の課程を修めて卒業した者(当該科目又は当該課程を修めて同法に基づく専門職大学の前期課程を修了した者を含む。)であつて、精神保健及び精神障害者の福祉に関する知識及び経験を有するもの 二 医師 三 厚生労働大臣が指定した講習会の課程を修了した保健師であつて、精神保健及び精神障害者の福祉に関する経験を有するもの 四 前三号に準ずる者であつて、精神保健福祉相談員として必要な知識及び経験を有するもの | | | | 履歴書等 |

地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費

※請求した介護給付費について、点検結果にチェックをしてください。

| 点検項目 | 点検結果 | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| | 請求実績有 | | 請求 実績無 | |
| | 満たす | 満たさ ない | | |
| 17-2. 障害者生活支援体制加算(Ⅱ) | 1日につき41単位を加算 | | | |
| 視覚障害者等である入所者の占める割合が100分の50以上であり、かつ、専ら障害者支援専門員としての職務に従事する常勤の職員である者を2名以上配置(障害者である入所者が50名以上の場合は、専従・常勤の障害者生活支援員を2名以上配置し、かつ、障害者生活支援員を常勤換算方法で障害者である入所者の数を50で除した数に1を加えた以上配置しているもの) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 18. 外泊加算 | 1日につき246単位を加算 | | | |
| (1)入所者が病院又は診療所への入院を要した場合及び入所者に対して居室における外泊を認めた場合であること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (2)1月に6日を限度として算定すること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (3)入院又は外泊の初日及び最終日の算定を行っていないこと。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (4)外泊の期間中は、当該入所者について居宅介護サービス費を算定していないこと。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (5)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、情報提供などの業務にあたること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (6)入院又は外泊時の費用の算定期間中であって、当該入所者の同意を得てそのベッドを短期入所生活介護に活用することは可能であるが、この場合に当該加算の算定はできないこと。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 19. 外泊時在宅サービス利用の費用 | 所定単位数に代えて1日につき560単位を算定 | | | |
| (1)入所者に対して居室における外泊を認め、当該施設が、居宅サービスを提供した場合であること。 ※当該施設が他のサービス事業所に委託して行う場合や、併設事業所がサービス提供を行う場合等が考えられる。Vol1.QA94 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (2)提供にあたっては、その病状及び身体の状態に照らし、医師、看護師、介護職員、支援相談員、介護支援専門員等により、その居室において在宅サービス利用を行う必要があるかどうか検討すること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (3)入所者又は家族に対し、この加算の主旨を十分説明し、同意を得た上で実施すること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (4)提供にあたっては、当該施設の介護支援専門員が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い、外泊時利用サービスに係る在宅サービスの計画を作成すること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費

※請求した介護給付費について、点検結果にチェックをしてください。

| 点検項目 | 点検結果 | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| | 請求実績有 | | 請求 実績無 | |
| | 満たす | 満たさ ない | | |
| 点検事項 (5) 家族等に対し次の指導を事前に行うことが望ましい。 イ・食事、入浴、健康管理等在宅療養に関する指導 ロ・当該入所者の運動機能及び日常生活動作能力の維持及び向上を目的として行う体位変換、起座又は離床訓練、起立訓練、食事訓練、排泄訓練の指導 ハ・家屋の改善の指導 ニ・当該入所者の介助方法の指導 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (6) 1月に6日を限度として所定単位数に代えて算定すること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (7) 外泊の初日及び最終日は算定できない。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (8) 利用者の外泊期間中は当該利用者の同意があれば、そのベッドを短期入所生活介護に活用することは可能であるが、この場合において外泊時在宅サービス利用費用を併せて算定することはできないこと。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 20. 初期加算 | 1日につき30単位を加算 | | | |
| (1) 入所した日から起算して30日以内の期間であること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (2) 入所日から30日間中に外泊を行った場合、当該外泊を行っている間は、初期加算を算定していないこと。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (3) 当該入所者が過去3月間(ただし、日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する者の場合は1月間)の間に、当該施設に入所したことがないこと。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (4) 当該施設の併設又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開けることなく引き続き当該施設に入所した場合は(短期入所から退所した翌日に当該施設に入所した場合を含む。)入所直前の短期入所生活介護の利用日数を30日から控除して得た日数に限り算定していること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (5) 30日を超える病院又は診療所への入院後に再入所した場合は、(3)にかかわらず、初期加算が算定できるものであること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費

※請求した介護給付費について、点検結果にチェックをしてください。

| 点検項目 | 点検結果 | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------|
| | 請求実績有 | | 請求 実績無 | |
| | 満たす | 満たさ ない | | |
| 21. 再入所時栄養連携加算 | 1回に限り200単位を加算 | | | |
| (1)介護保険施設の入所者が医療機関に入院し、施設入所時とは大きく異なる栄養管理が必要となった場合(入院中に経管栄養又は嚥下調整食の新規導入となった場合)であって、介護保険施設の管理栄養士が当該者の入院する医療機関を訪問の上、当該医療機関での栄養に関する指導又はカンファレンスに同席し、当該医療機関の管理栄養士と連携して、再入所後の栄養ケア計画を作成すること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| ※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、当該者又はその家族(「当該者等」)が参加する場合にあっては、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。 | | | | |
| (2)当該栄養ケア計画について、再入所後に入所者又はその家族の同意が得られた場合に算定すること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (3)入所者1人につき1回を限度として算定すること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (4)栄養ケア・マネジメントの未実施減算を算定している場合は、算定しない。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 22. 退所前訪問相談援助加算 | 入所中1回を限度とし460単位を加算 | | | |
| (1)入所期間が1月を超えると見込まれる入所者であること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (2)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に対して退所後の居宅サービス、地域密着型サービスその他の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た場合であること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (3)入所中1回を限度としていること。(入所後早期に退所前訪問相談援助の必要があると認められる入所者にあっては2回) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (4)当該加算は、退所日に算定していること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (5)当該加算は、次の場合には算定できない。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| ①退所して病院又は診療所へ入院する場合 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| ②退所して他の介護保険施設へ入院又は入所する場合 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| ③死亡退所の場合 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (6)相談援助を行った場合は、相談援助を行った日及び相談援助の内容の要点に関する記録を行うこと。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 相談援助記録 |

地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費

※請求した介護給付費について、点検結果にチェックしてください。

| 点検項目 | 点検結果 | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------|
| | 請求実績有 | | 請求 実績無 | |
| | 満たす | 満たさ ない | | |
| 23. 退所後訪問相談援助加算 | 退所後1回を限度として460単位を加算 | | | |
| (1)入所者の退所後30日以内に入所者の居宅を訪問し、当該入所者及びその家族に対して相談援助を行った場合であること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (2)当該加算は、訪問日に算定していること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (3)当該加算は、次の場合には算定できない。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| ①退所して病院又は診療所へ入院する場合 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| ②退所して他の介護保険施設へ入院又は入所する場合 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| ③死亡退所の場合 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (4)相談援助を行った場合は、相談援助を行った日及び相談援助の内容の要点に関する記録を行うこと。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 相談援助記録 |
| 24. 退所時相談援助加算 | 1回を限度として400単位を加算 | | | |
| (1)入所期間が1月を超える入所者が退所した場合であること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (2)入所者の居宅において、居宅サービス又は地域密着型サービス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、地域密着型サービスその他の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週間以内に市及び老人介護支援センター(地域包括支援センター)に対して、当該入所者の介護状況を示す文書を提供した場合であること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (3)退所時相談援助の内容は、次のようなものであること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| ①食事、入浴、健康管理等在宅又は社会福祉施設等における生活に関する相談援助 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| ②退所する者の運動機能及び日常生活動作能力の維持及び向上を目的として行う各種訓練等に関する相談援助 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| ③家屋の改善に関する相談援助 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| ④退所する者の介助方法に関する相談援助 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費

※請求した介護給付費について、点検結果にチェックをしてください。

| 点検項目 | 点検結果 | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------|
| | 請求実績有 | | 請求 実績無 | |
| | 満たす | 満たさ ない | | |
| (4)当該加算は、次の場合には算定できない。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| ①退所して病院又は診療所へ入院する場合 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| ②退所して他の介護保険施設へ入院又は入所する場合 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| ③死亡退所の場合 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (5)相談援助を行った場合は、相談援助を行った日及び相談援助の内容の要点に関する記録を行うこと。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 相談援助記録 |
| 25. 退所前連携加算 | 1回を限度として500単位を加算 | | | |
| (1)入所期間が1月を超える入所者が退所した場合であること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (2)入所者の居宅において、居宅サービス又は地域密着型サービスを利用する場合において、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又は地域密着型サービス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た場合であること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (3)当該加算は、次の場合には算定できない。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| ①退所して病院又は診療所へ入院する場合 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| ②退所して他の介護保険施設へ入院又は入所する場合 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| ③死亡退所の場合 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (4)在宅・入所相互利用加算の対象となる入所者について、退所前連携加算を算定する場合には、最初に在宅期間に移るときにのみ算定できる。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (5)相談援助を行った場合は、相談援助を行った日及び相談援助の内容の要点に関する記録を行うこと。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 相談援助記録 |

地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費

※請求した介護給付費について、点検結果にチェックをしてください。

| 点検項目 | 点検結果 | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| | 請求実績有 | | 請求 実績無 | |
| | 満たす | 満たさ ない | | |
| 26. 栄養マネジメント強化加算 | 1日につき11単位を所定単位数に加算 | | | |
| (1)次に掲げる基準のいずれにも適合すること | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (2)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ること。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。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (3)低栄養状態にある入所者又は低栄養状態のおそれのある入所者に対して、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作成した栄養ケア計画に従い、当該入所者の栄養管理をするための食事の観察をを週3回以上行い、当該入所者ごとの栄養状態、心身の状況及び嗜好を踏まえた食事の調整等を実施すること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (4)(3)に規定する入所者以外の入所者に対しても、食事の観察の際に変化を把握し、問題があると認められる場合は、早期に対応していること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (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ること。 ※厚生労働省への情報の提出については、LIFEを用いて行うこととする。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (6)定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (7)栄養ケア・マネジメントの未実施減算を算定している場合は、算定しない。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (8)栄養マネジメント強化加算は、原則として入所者全員を対象として入所者ごとに大臣基準第65号の3に掲げる要件を満たした場合に、当該施設の入所者全員に対して算定できるものであること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費

※請求した介護給付費について、点検結果にチェックをしてください。

| 点検項目 | 点検結果 | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------|
| | 請求実績有 | | 請求 実績無 | |
| | 満たす | 満たさ ない | | |
| 27. 経口移行加算 | 1日につき28単位を加算 | | | |
| (1)現に経管により食事を摂取している者であって、経口による食事の摂取の栄養管理及び支援が必要であるとして、医師の指示を受けた者を対象とすること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (2)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、経口による食事の摂取を進めるための栄養管理の方法等を示した経口移行計画を作成すること。 ※栄養ケア計画と一体のものとして作成すること。 ※経口移行計画に相当する内容を地域密着型施設サービス計画の中に記載する場合は、その記載をもって経口移行計画の作成に代えることができるものとする。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 栄養ケア計画(参考様式)を準用 |
| (3)当該計画については入所者又はその家族に説明し、その同意を得ること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 栄養ケア計画(参考様式)を準用 |
| (4)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ていること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (5)栄養マネジメント加算を算定していること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (6)算定期間は、経口からの食事の摂取が可能となり経管による食事の摂取を終了した日までとするが、その期間は入所者又はその家族の同意を得た日から起算して、180日以内の期間に限ること。 ※経口移行計画に基づき、管理栄養士又は栄養士が行う栄養管理及び言語聴覚士又は看護職員が行う支援が、当該計画が作成された日から記載して180日を超えた期間に行われた場合であっても、経口摂取が一部可能な者であって、医師の指示に基づき継続して経口摂取を進めるための支援が必要とされる者については、引き続き当該加算を算定できる。ただし、この場合は、医師の指示はおおむね2週間ごとに受けること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (7)経管栄養法から経口栄養法への移行は、誤嚥性肺炎の危険も生じうることから、次のことを確認した上で実施すること。 ①全身状態が安定していること(血圧、呼吸、体温が安定し、現疾患の病態が安定) ②刺激なくても覚醒を保っていられること。 ③嚥下反射が見られること。 ④咽頭内容物を吸引した後は唾液を嚥下しても「むせ」がないこと。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (8)経口移行加算を180日間にわたり算定後、経口摂取に移行できなかった場合に、期間を空けて再度摂取に移行するための栄養管理及び支援を実施した場合は、算定できないこと。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (9)口腔状態により、歯科医療における対応も想定されることから、介護支援専門員を通じて主治の歯科医師への情報提供を実施するなど適切な措置を講じること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (10)定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (11)栄養ケア・マネジメントの未実施減算を算定している場合は、算定しない。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費

※請求した介護給付費について、点検結果にチェックをしてください。

| 点検項目 | 点検結果 | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | 請求実績有 | | 請求実績無 |
| | 満たす | 満たさない | |
| 28. 経口維持加算(Ⅰ) | 1月につき400単位を加算 | | |
| (1)現に経口摂取している者で、摂食機能障害を有し、水飲みテスト、頸部聴診法、造影撮影、内視鏡検査等により誤嚥が認められることから、継続して経口による食事の摂取を進めるための特別な管理が必要であるものとして、医師又は歯科衛生士の指示を受けたものを対象とすること。 ただし、歯科医師が指示を行う場合にあっては、当該指示を受ける管理栄養士等が、対象となる入所者に対する療養のために必要な栄養の指導を行うに当たり、主治医の指導を受けている場合に限る。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (2)月1回以上、医師、歯科医師、管理栄養士、看護職員、言語聴覚士、介護支援専門員その他の職種の方が共同して、入所者の栄養管理をするための食事の観察及び会議等を行い、継続して経口による食事の摂取を進めるための特別な管理の方法等を示した経口維持計画を作成を行うとともに、必要に応じた見直しを行うこと。 ※経口維持計画に相当する内容を地域密着型施設サービス計画の中に記載する場合は、その記載をもって経口維持計画の作成に代えることができるものとする。 ※入所者の栄養管理をするための会議は、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。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (3)(2)の計画の作成及び見直しを行った場合においては、特別な管理の対象となる入所者又はその家族に説明し、その同意を得ること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (4)経口維持計画に従い、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、栄養管理を行うこと。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (5)経口維持加算(Ⅰ)の算定に当たり実施する食事の観察及び会議等は、関係職種が一堂に会して実施すること。ただし、やむを得ない理由により、参加するべき者の参加が得られなかった場合は、その結果について終了後速やかに情報共有を行うことで算定を可能とする。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (6)多職種協働により実施するための体制が整備されていること。 ※食事の中止、十分な排痰、医師又は歯科医師との緊密な連携等が迅速に行われる体制を確保していること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (7)定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (8)栄養ケア・マネジメントの未実施減算を算定している場合は、算定しない。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費

※請求した介護給付費について、点検結果にチェックをしてください。

| 点検項目 | 点検結果 | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| | 請求実績有 | | 請求 実績無 | |
| | 満たす | 満たさ ない | | |
| 28-2. 経口維持加算(Ⅱ) | 1月につき100単位を加算 | | | |
| (1) 協力歯科医療機関を定めていること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (2) 経口維持加算(Ⅰ)を算定していること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (3) 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のいずれか1名以上が加わることで、多種多様な意見に基づく質の高い経口維持計画を策定した場合であること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (4) 経口維持加算(Ⅱ)の算定に当たり実施する食事の観察及び会議等は、関係職種が一堂に会して実施すること。ただし、やむを得ない理由により、参加するべき者の参加が得られなかった場合は、その結果について終了後速やかに情報共有を行うことで算定を可能とする。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (5) 多職種協働により実施するための体制が整備されていること。 ※食事の中止、十分な排痰、医師又は歯科医師との緊密な連携等が迅速に行われる体制を確保していること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (6) 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 29. 口腔衛生管理加算(Ⅰ) | 1月につき90単位を加算 | | ※加算(Ⅰ)と(Ⅱ)は併算定不可 | |
| (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ること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (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二回以上行うこと。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (3) 歯科衛生士が、(1)における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うこと。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (4) 歯科衛生士が、(1)における入所者の口腔に関する介護職員からの相談等に必要に応じ対応すること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (5) 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費

※請求した介護給付費について、点検結果にチェックをしてください。

| 点検項目 | 点検結果 | | | |
|--|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------|
| | 請求実績有 | | 請求 実績無 | |
| | 満たす | 満たさ ない | | |
| 29-2. 口腔衛生管理加算(Ⅱ) | 1月につき110単位を加算 | | | ※加算(Ⅰ)と(Ⅱ)は併算定不可 |
| (1)加算(Ⅰ)の(1)から(5)のいずれにも適合すること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (2)入所者ごとの口腔衛生等の管理に係る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ること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| ※厚生労働省への情報の提出については、LIFEを用いて行うこととする。 | | | | |
| 30. 療養食加算 | 1日3食を限度とし1食1回につき6単位を加算 | | | |
| (1)疾病治療の直接的手段として、医師の発行する食事箋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ること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (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ていること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (3)入所者の年齢、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ること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (4)療養食の献立表が作成されていること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 療養食献立表 |
| (5)高血圧症に対して減塩食療法を行う場合は、加算の対象とはならないこと。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (6)定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 31. 配置医師緊急時対応加算 | 早朝・夜間の場合 650単位/回 深夜の場合 1300単位/回 | | | |
| (1)入所者に対する緊急時の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絡方法や診察を依頼するタイミングなどについて、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こと。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (2)複数名の配置医師を置いていること、若しくは配置医師と協力医療機関の医師が連携し、施設の求めに応じて24時間対応できる体制を確保していること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (3)(2)の内容につき、届出を行っていること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (4)看護体制加算(Ⅱ)を算定していること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (5)配置医師が施設の求めに応じ、早朝・夜間又は深夜に施設を訪問して入居者に対し診療を行い、かつ、診療を行った理由を記録すること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費

※請求した介護給付費について、点検結果にチェックをしてください。

| 点検項目 | 点検結果 | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | 請求実績有 | | 請求 実績無 |
| | 満たす | 満たさ ない | |
| 32. 看取り介護加算(Ⅰ) | | | |
| (1)厚生労働大臣が定める施設基準に適合していること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ①常勤の看護師を1名以上配置し、当該施設の看護職員により、又は病院若しくは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時間連絡できる体制を確保していること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ②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対して、当該指針の内容を説明し、同意を得ていること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ③医師、生活相談員、看護職員、介護職員、管理栄養士、介護支援専門員その他の職種の者による協議の上、当該施設における看取りの実績等を踏まえ、適宜、看取りに関する指針の見直しを行うこと。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ④看取りに関する職員研修を行っていること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ⑤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を行うこと。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (2)厚生労働大臣が定める基準に適合する入所者であること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ①医師が一般的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あること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ②医師、生活相談員、看護職員、管理栄養士、介護支援専門員その他の職種の者が共同で作成した入所者の介護に係る計画について、医師等のうちその内容に応じた適当な者から説明を受け、当該計画について同意している者であること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ③看取りに関する指針に基づき、入所者の状態又は家族の求め等に応じ随時、医師等の相互の連携の下、介護記録等入所者に関する記録を活用し行われる介護についての説明を受け、同意した上で介護を受けている者であること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (3)看取り介護の実施に当たっては、次に掲げる事項を介護記録に記録するとともに、多職種連携を図るため、医師、看護職員、介護職員、介護支援専門員、管理栄養士等による適切な情報共有に努めること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ①終末期の身体症状の変化及びこれに対する介護等についての記録 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ②療養や死別に関する入所者及び家族の精神的な状態の変化及びこれに対するケアについての記録 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ③看取り介護の各プロセスにおいて把握した入所者等の意向と、それに基づくアセスメント及び対応についての記録 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (4)入所者等に対する随時の説明に係る同意を口頭で得た場合は、介護記録にその説明日時、内容等を記載するとともに、同意を得た旨を記載しておくこと。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費

※請求した介護給付費について、点検結果にチェックをしてください。

| 点検項目 | 点検結果 | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | 請求実績有 | | 請求実績無 |
| | 満たす | 満たさない | |
| 点検事項 | | | |
| (5)入所者が十分に判断をできる状態になく、かつ、家族の来訪が見込まれないような場合も、医師、看護職員、介護職員等が利用者の状態等に応じて随時、入所者に対する看取り介護について相談し、共同して看取り介護を行っていることと認められること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (6)(5)の場合には、適切な看取り介護が行われていることが担保されるよう、介護記録に職員間の相談日時、内容等を記載するとともに、入所者の状態や、家族と連絡を取ったにもかかわらず施設への来所がなかった旨を記載しておくこと。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (7)退所等した月と死亡した月が異なる場合でも算定可能であることから、退所等の翌月に亡くなった場合の前月分の看取り介護加算に係る一部負担の請求を行う場合があることを説明し、文書にて同意を得ておくこと。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (8)24時間連絡体制(連絡対応体制の指針やマニュアル等、看護職員不在時の介護職員の観察項目の標準化、職員研修等での周知)の整備・確保 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (9)看取り介護加算(Ⅰ)については、1日につき次の単位を加算する。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 死亡日以前31日以上45日以下については、1日につき72単位を加算。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 死亡日以前4日以上30日以下については、1日につき144単位を加算。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 死亡日の前日及び前々日については、1日につき680単位を加算。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 死亡日については、1日につき1280単位を死亡月に加算。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 退所した日の翌日から死亡日までの間は算定しないこと。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 32-2. 看取り介護加算(Ⅱ) | | | |
| (1)看取り介護加算(Ⅰ)の基準のいずれにも適合すること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (2)施設において看取り介護を行い、当該入所者が施設内で死亡した場合に限り算定する。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (3)入所者に対する緊急時の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絡方法や診察を依頼するタイミングなどについて、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こと。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (4)複数名の配置医師を置いていること、若しくは配置医師と協力医療機関の医師が連携し、施設の求めに応じて24時間対応できる体制を確保していること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費

※請求した介護給付費について、点検結果にチェックしてください。

| 点検項目 | 点検結果 | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------|
| | 請求実績有 | | 請求 実績無 | |
| | 満たす | 満たさ ない | | |
| (5) 看取り介護加算(Ⅱ)については、1日につき次の単位を加算する。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 死亡日以前31日以上45日以下については、1日につき72単位を加算。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 死亡日以前4日以上30日以下については、1日につき144単位を加算。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 死亡日前々日及び前日については、1日につき780単位を加算。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 死亡日については、1日につき1580単位を死亡月に加算。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (6) 看取り介護加算(Ⅰ)を算定している場合は、算定しない。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 33. 在宅復帰支援機能加算 | 1日につき10単位を加算 | | | |
| (1) 算定日が属する月の前6月間において退所者(在宅・入所相互利用加算対象者を除く。)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1月を超えた者に限る。)の占める割合が100分の20を超えていること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (2) 退所者の退所後30日以内に当該施設の従業者が退所者の居宅を訪問すること又は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ること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (3) 入所者の家族等との連絡調整を行うこと。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (4) 入所者が希望する居宅介護支援事業者に対し、入所者に係る居宅サービスに必要な情報の提供、退所後の居宅サービスの利用に関する調整を行っていること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 介護状況を示す文書 |
| (5) 当該加算算定根拠等の関係書類を整備しておくこと。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費

※請求した介護給付費について、点検結果にチェックをしてください。

| 点検項目 | 点検結果 | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------|
| | 請求実績有 | | 請求 実績無 | |
| | 満たす | 満たさ ない | | |
| 34. 在宅・入所相互利用加算 | 1日につき40単位を加算 | | | |
| (1)複数の者であらかじめ在宅期間及び入所期間(入所期間が3月を超えるときは、3月を限度とする。)を定めて、当該施設の居室を計画的に利用している者であること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 同意書 |
| (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、同意を得ていること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (3)利用開始に当たり、在宅期間と入所期間(入所期間については3月を限度)について、文書による同意を得ること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (4)施設の介護支援専門員、介護職員等、在宅の介護支援専門員、在宅期間に対象者が利用する居宅サービス事業所等による支援チームをつくること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (5)支援チームは、必要に応じ随時カンファレンスを開くこと。 ※入所する前及び退所して在宅に戻る前においては必須としておおむね1月に1回開催すること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (6)カンファレンスにおいては、それまでの在宅期間又は入所期間における対象者の心身の状態を報告し、目標及び方針に照らした介護の評価を行うとともに、次期の在宅期間又は入所期間における介護の目標および方針をまとめ、記録すること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 次期在宅期間、入所期間の介護の目標及び方針をまとめた記録 |
| 35. 小規模拠点集合型施設加算 | 1日につき50単位を加算 | | | |
| (1)同一敷地内で、民家の母屋、離れ、倉庫等を活用し、複数の居住単位を設けてサービスを行っている施設において、5人以下の居住単位に入所している入所者について加算する。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 36. 認知症専門ケア加算(Ⅰ) | 1日につき3単位を加算 | | | |
| (1)入所者の総数のうち、日常生活に支障を来すおそれのある症状又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Ⅲ、Ⅳ又はMに該当する利用者)の割合が2分の1以上であること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (2)認知症介護に係る専門的な研修(※)を修了している者を、対象者の数が20人未満である場合は1以上、対象者が20人以上の場合は、1に対象者の数が19を超えて10又は端数を増すごとに1を加えた数以上配置し、チームとして専門的な認知症ケアを実施していること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| ※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及び認知症看護に係る適切な研修(日本看護協会認定看護師教育課程「認知症看護」の研修、日本看護協会が認定している看護系大学院の「老人看護」及び「精神看護」の専門看護師教育課程、日本精神科看護協会が認定している「精神科認定看護師」) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費

※請求した介護給付費について、点検結果にチェックをしてください。

| 点検項目 | 点検結果 | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | 請求実績有 | | 請求 実績無 |
| | 満たす | 満たさ ない | |
| (3)施設の従業者に対して、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こと。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 36-2. 認知症専門ケア加算(Ⅱ) | 1日につき4単位を加算 | | |
| (1)入所者の総数のうち、日常生活に支障を来すおそれのある症状又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Ⅲ、Ⅳ又はMに該当する利用者)の割合が2分の1以上であること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (2)認知症介護に係る専門的な研修を修了している者を、対象者の数が20人未満である場合は1以上、対象者が20人以上の場合は、1に対象者の数が19を超えて10又は端数を増すごとに1を加えた数以上配置し、チームとして専門的な認知症ケアを実施していること。 ※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及び認知症看護に係る適切な研修(日本看護協会認定看護師教育課程「認知症看護」の研修、日本看護協会が認定している看護系大学院の「老人看護」及び「精神看護」の専門看護師教育課程、日本精神科看護協会が認定している「精神科認定看護師」) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (3)施設の従業者に対して、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こと。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (4)認知症介護の指導に係る専門的な研修(※)の修了者を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ること。 ※認知症介護の指導に係る専門的な研修 ⇒ 認知症介護指導者養成研修 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (5)施設の介護職員、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こと。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 37. 認知症行動・心理症状緊急対応加算 | 1日につき200単位を加算 | | |
| (1)医師が、認知症の行動・心理状況が認められるため、在宅での生活が困難であり、緊急に入所することが適当と判断した者に対し、サービスを行った場合であること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (2)「認知症の行動・心理症状」が認められ、緊急に施設への入所が必要であると医師が判断した場合であって、介護支援専門員、受け入れ事業所の職員と連携し、利用者又は家族の同意の上、当該施設に入所した場合であること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (3)医師が判断した当該日又はその次の日に利用を開始した場合に限り算定できる。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費

※請求した介護給付費について、点検結果にチェックしてください。

| 点検項目 | 点検結果 | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------|
| | 請求実績有 | | 請求 実績無 | |
| | 満たす | 満たさ ない | | |
| (4)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おくこと。また、施設も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サービス計画書に記録しておくこと。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (5)入所した日から起算して7日を限度とすること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (6)次に掲げる者が、直接、当該施設に入所した場合には、当該加算は算定できない。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| ①病院又は診療所に入院中の者 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| ②介護保険施設又は地域密着型介護老人福祉施設に入院中又は入所中の者 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| ③短期入所生活介護、短期入所療養介護、特定施設入居者生活介護、短期利用特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護、短期利用認知症対応型共同生活、地域密着型特定施設入居者生活介護及び短期利用地域密着型特定施設入居者生活介護を利用中の者 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (7)個室等、認知症の行動・心理症状の増悪した者の療養に相応した設備を整備すること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 個室等 |
| (8)当該入所者が入所前1月の間に、当該施設に入所したことがない場合及び入所前1月の間に当該加算を算定したことがないこと。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 38. 褥瘡マネジメント加算(Ⅰ) | 1月につき3単位を加算 | | | ※加算(Ⅰ)と(Ⅱ)は併算定不可 |
| (1)入所者又は利用者ごとに褥瘡の発生と関連のあるリスクについて、施設入所時又は利用開始時に評価し、その後少なくとも三月に一回評価するとともに、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こと。 ※評価結果等の情報の提出については、LIFEを用いて行うこととする。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (2)(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又は利用者ごとに医師、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こと。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (3)入所者又は利用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又は利用者の状態について定期的に記録していること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (4)(1)の評価に基づき、少なくとも三月に一回、入所者又は利用者ごとに褥瘡ケア計画を見直していること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (5)褥瘡マネジメント加算(Ⅰ)は、原則として入所者全員を対象として入所者ごとに基準に掲げる要件を満たした場合に、当該施設の入所者全員(褥瘡マネジメント加算(Ⅱ)又は(Ⅲ)を算定する者を除く。)に対して算定できるものであること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費

※請求した介護給付費について、点検結果にチェックしてください。

| 点検項目 | 点検結果 | | | |
|---|------------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------|
| | 請求実績有 | | 請求 実績無 | |
| | 満たす | 満たさ ない | | |
| 38-2. 褥瘡マネジメント加算(Ⅱ) | 1月につき13単位を加算 | | | ※加算(Ⅰ)と(Ⅱ)は併算定不可 |
| (1)加算(Ⅰ)の(1)から(4)のいずれにも適合すること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (2)加算(Ⅰ)の(1)の評価の結果、施設入所時又は利用開始時に褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者又は利用者について、褥瘡の発生のないこと。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 38-3. 褥瘡マネジメント加算(Ⅲ) ※令和3年度見直しによる経過措置(令和4年3月31日まで) | 1月につき10単位を加算 ※3月に1回を限度とする | | | |
| ※令和3年度に褥瘡マネジメント加算(Ⅰ)(Ⅱ)新設 ※令和3年度改定前の褥瘡マネジメント加算→褥瘡マネジメント加算(Ⅲ) 褥瘡マネジメント加算(Ⅲ)は、令和3年3月31日において、令和3年度改定前の褥瘡マネジメント加算に係る届出を行う施設について、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、経過措置として、令和3年度末まで、従前の要件での算定を認めるものである。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (1)入所者全員に対する要件 入所者ごとの褥瘡の発生に係るリスクについて、「介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査研究事業」において明らかになったモニタリング指標を用いて、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、その評価結果を厚生労働省に報告すること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (2)(1)の評価の結果、褥瘡の発生に係るリスクがあるとされた入所者に対する要件 ①関連職種の方が共同して、入所者ごとに褥瘡管理に関する褥瘡ケア計画を作成し、入所者又はその家族に説明し、その同意を得ること。 ※褥瘡ケア計画は別紙様式5に示す様式(褥瘡対策に関するケア計画書)を参考に作成。 ※褥瘡ケア計画に相当する内容を施設サービス計画の中に記載する場合は、その記載をもって褥瘡ケア計画の作成に代えることができるものとする。 ②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こと。 ③管理の内容や入所者の状態について定期的に記録すること。 ④(1)の評価に基づき、少なくとも3月に1回、褥瘡ケア計画を見直すこと。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費

※請求した介護給付費について、点検結果にチェックをしてください。

| 点検項目 | 点検結果 | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------|
| | 請求実績有 | | 請求 実績無 | |
| | 満たす | 満たさ ない | | |
| 39. 排せつ支援加算(Ⅰ) | 1月につき10単位を加算 | | | ※加算(Ⅰ)(Ⅱ)(Ⅲ)は併算定不可 |
| (1) 入所者又は利用者ごとに、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又は利用開始時に評価し、その後少なくとも六月に一回評価するとともに、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ること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| ※評価結果等の情報の提出については、LIFEを用いて行うこととする。 | | | | |
| (2) (1)の評価の結果、排せつに介護を要する入所者又は利用者であって、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ものについて、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、当該入所者又は利用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ること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (3) (1)の評価に基づき、少なくとも三月に一回、入所者又は利用者ごとに支援計画を見直していること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (4) 排せつ支援加算(Ⅰ)は、原則として入所者全員を対象として入所者ごとに基準に掲げる要件を満たした場合に、当該施設の入所者全員(排せつ支援加算(Ⅱ)又は(Ⅲ)を算定する者を除く。)に対して算定できるものであること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 39-2. 排せつ支援加算(Ⅱ) | 1月につき15単位を加算 | | | ※加算(Ⅰ)(Ⅱ)(Ⅲ)は併算定不可 |
| (1) 加算(Ⅰ)の(1)から(3)のいずれにも適合すること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (2) 次に掲げる①又は②基準のいずれかに適合すること。 | | | | |
| ① 加算(Ⅰ)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、施設入所時又は利用開始時と比較して、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がないこと。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| ② 加算(Ⅰ)の評価の結果、施設入所時又は利用開始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ものについて、おむつを使用しなくなったこと。 | | | | |
| (3) 排せつ支援加算(Ⅱ)は、排せつ支援加算(Ⅰ)の算定要件を満たす施設において、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し、かつ、いずれにも悪化がない場合又はおむつ使用ありから使用なしに改善した場合に、算定できることとする。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費

※請求した介護給付費について、点検結果にチェックをしてください。

| 点検項目 | 点検結果 | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------|
| | 請求実績有 | | 請求 実績無 | |
| | 満たす | 満たさ ない | | |
| 39-3. 排せつ支援加算(Ⅲ) | 1月につき20単位を加算 | | | ※加算(Ⅰ)(Ⅱ)(Ⅲ)は併算定不可 |
| (1)加算(Ⅰ)の(1)から(3)のいずれにも適合すること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (2)加算(Ⅰ)の(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、施設入所時又は利用開始時と比較して、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がないこと。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (3)加算(Ⅰ)の(1)の評価の結果、施設入所時又は利用開始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ものについて、おむつを使用しなくなったこと。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (4)排せつ支援加算(Ⅲ)は、排せつ支援加算(Ⅰ)の算定要件を満たす施設において、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し、いずれにも悪化がなく、かつ、おむつ使用ありから使用なしに改善した場合に、算定できることとする。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 39-4. 排せつ支援加算(Ⅳ) ※令和3年度見直しによる経過措置(令和4年3月31日まで) | | | | |
| ※令和3年度に排せつ支援加算(Ⅰ)(Ⅱ)(Ⅲ)新設 ※令和3年度改定前の排せつ支援加算→排せつ支援加算(Ⅳ) 排せつ支援加算(Ⅳ)は、令和3年3月31日において、令和3年度改定前の排せつ支援加算に係る届出を行う施設について、今後LIFEを用いた情報の提出に切り替えるよう必要な検討を行うことを前提に、経過措置として、令和3年度末まで、従前の要件での算定を認めるものである。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (1)排せつに介助を要する入所者であって、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と医師又は医師と連携した看護師が判断した者であること。 ※【排せつに介護を要する入所者】とは「認定調査員テキスト2009改訂版(平成27年4月改訂)」の方法を用いて、排尿又は排便の状態が、「一部介助」又は「全介助」と評価される者をいう。 ※【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】とは、当該評価が6月以内に「全介助」から「一部介助」以上、又は「一部介助」から「見守り等」以上に改善すると見込まれることをいう。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (2)見込みの判断を医師と連携した看護師が行った場合は、その内容を支援の開始前に医師に報告し、必要がある場合等は医師へ相談すること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (3)医師、看護師、介護支援専門員その他の職種が共同して、当該入所者が排泄に介護を要する要因を分析し、それに基づいた支援計画を作成すること。 ※【支援計画】は別紙様式6の様式(排せつ支援計画書)を参考に作成。 支援計画に相当する内容を施設サービス計画の中に記載する場合は、その記載をもって支援計画の作成に代えることができるものとする。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費

※請求した介護給付費について、点検結果にチェックをしてください。

| 点検項目 | 点検結果 | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| | 請求実績有 | | 請求 実績無 | |
| | 満たす | 満たさ ない | | |
| (4) 支援計画の作成にあたっては、要因分析の結果と整合性が取れた計画を、個々の入所者の特性に配慮しながら個別に作成すること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (5) 支援計画の実施にあたっては、現在の排せつにかかる状態の評価、(1)の見込みの内容、(3)の要因分析及び支援計画の内容、当該支援は入所者又はその家族がこれらの説明を理解した上で支援の実施を希望する場合に行うものであること、及び支援開始後であってもいつでも入所者又はその家族の希望に応じて支援計画を中断又は中止できることを説明し、入所者及びその家族の希望を確認した上で行うこと。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (6) 支援計画に基づく支援を継続して実施した場合、支援を開始した日の属する月から起算して6月以内の期間に限り、1月につき所定単位数を加算する。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (7) 本加算の算定を終了した際は、その時点の排せつ状態の評価を記録し、(1)における見込みとの差異があればその理由を含めて総括し、記録した上で、入所者又はその家族に説明すること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 40. 自立支援促進加算 | 1月につき300単位を加算 | | | |
| (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、その後少なくとも六月に一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こと。 ※評価結果等の情報の提出については、LIFEを用いて行うこととする。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (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こと。 ※支援計画に基づいたケアを実施する際には、対象となる入所者又はその家族に説明し、その同意を得ること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (3) (1)の医学的評価に基づき、少なくとも三月に一回、入所者ごとに支援計画を見直していること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (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こと。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (5) 本加算は、原則として入所者全員を対象として入所者ごとに基準に掲げる要件を満たした場合に、当該施設の入所者全員に対して算定できるものであること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費

※請求した介護給付費について、点検結果にチェックをしてください。

| 点検項目 | 点検結果 | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------|
| | 請求実績有 | | 請求 実績無 | |
| | 満たす | 満たさ ない | | |
| 41. 科学的介護推進体制加算(Ⅰ) | 1月につき40単位を加算 | | | ※加算(Ⅰ)と(Ⅱ)は併算定不可 |
| (1) 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。 ※情報の提出については、LIFEを用いて行うこととする。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (2) 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。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (3) 科学的介護推進体制加算は、原則として入所者全員を対象として、入所者ごとに基準5に掲げる 要件を満たした場合に、当該施設の入所者全員に対して算定できるものであること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 41-2. 科学的介護推進体制加算(Ⅱ) | 1月につき50単位を加算 | | | ※加算(Ⅰ)と(Ⅱ)は併算定不可 |
| (1) 加算(Ⅰ)の(1)に規定する情報に加えて、入所者ごとの疾病の状況等の情報を、厚生労働省に 提出していること。 ※情報の提出については、LIFEを用いて行うこととする。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (2) 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、加算(Ⅰ)の(1)に規 定する情報及び、上記(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。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (3) 科学的介護推進体制加算は、原則として入所者全員を対象として、入所者ごとに基準5に掲げる 要件を満たした場合に、当該施設の入所者全員に対して算定できるものであること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 42. 安全対策体制加算 | 入所初日に限り20単位を所定単位数に加算 | | | |
| (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こと。 ※基準第155条第1項⇒次の①から④ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| ①事故が発生した場合の対応、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 すること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| ②事故が発生した場合又はそれに至る危険性がある状態が生じた場合に、当該事実が報告され、 その分析を通じた改善策について、従業者に周知徹底を図る体制を整備すること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 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ること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| ④上記①から③の措置を適切に実施するための担当者をおくこと。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (2) 上記④の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こと。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費

※請求した介護給付費について、点検結果にチェックをしてください。

| 点検項目 | 点検結果 | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------|
| | 請求実績有 | | 請求 実績無 | |
| | 満たす | 満たさ ない | | |
| (3)当該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こと。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 43. サービス提供体制強化加算(Ⅰ) | 1日につき22単位を加算 | | | ※(Ⅰ)(Ⅱ)(Ⅲ)は併算定不可 |
| (1)次の①②のいずれかに適合すること。 ①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以上であること。 ②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以上であること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (2)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ること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (3)定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (4)日常生活継続支援加算を査定している場合は算定しない。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 43-2. サービス提供体制強化加算(Ⅱ) | 1日につき18単位を加算 | | | ※(Ⅰ)(Ⅱ)(Ⅲ)は併算定不可 |
| (1)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以上であること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (2)定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (3)日常生活継続支援加算を査定している場合は算定しない。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 43-3. サービス提供体制強化加算(Ⅲ) | 1日につき6単位を加算 | | | ※(Ⅰ)(Ⅱ)(Ⅲ)は併算定不可 |
| (1)次のいずれかに適合すること。 ①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以上であること。 ②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以上であること。 ③入居者に直接サービスを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以上であること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (2)定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (3)日常生活継続支援加算を査定している場合は算定しない。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費

※請求した介護給付費について、点検結果にチェックをしてください。

| 点検項目 | 点検結果 | | | |
|---|--------------------------|------------------------------|--------------------------|--------------------|
| | 請求実績有 | | 請求 実績無 | |
| | 満たす | 満たさ ない | | |
| 44. 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)～(Ⅲ)共通 | | | | |
| (1)賃金改善に関する計画の策定、計画に基づく措置がされていること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 介護職員処遇改善計画書 |
| (2)改善計画書の作成、周知、届出がされていること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 介護職員処遇改善計画書 |
| (3)賃金の改善を実施していること。 (介護従業者1人当たり月額: 円) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 賃金改善確認書 |
| (4)処遇改善に関する実績の報告がされていること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 実績報告書 |
| (5)前12月間に法令違反し、罰金以上の刑を受けた事例はないこと。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (6)労働保険料を適正に納付していること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 44-2. 介護職員処遇改善加算(Ⅰ) | | 1人1月あたりの介護報酬総単位数×1000分の83を加算 | | |
| (1)次の①～⑦の全てに適合していること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| ① 任用の際の職位、職責又は職務内容等に応じた任用等の要件を定めていること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 辞令、雇用通知等 |
| ② 職位、職責又は職務内容等に応じた賃金体系(一時金等の臨時的に支払われるものを除く。)について定めていること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| ③ ①及び②の内容について就業規則等の明確な根拠規定を書面で整備し、全ての介護職員に周知していること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 就業規則等の明確な根拠規定 |
| ④介護職員の職務内容を踏まえ、介護職員と意見を交換しながら、資質向上の目標及び次の具体的な計画を策定し、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ること。 | | | | |
| (1)計画に沿って、研修機会の提供又は技術指導等を実施するとともに、介護職員の能力評価を行うこと。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 研修計画書等 |
| (2)資格取得のための支援(研修受講のための勤務シフトの調整、休暇の付与、受講料等の費用の援助等)を実施すること。 | | | | |
| ⑤ ④の内容について、全ての介護職員に周知していること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| ⑥ 介護職員について、経験若しくは資格等に応じて昇給する次の仕組みを設けていること。 | | | | |
| (1)経験に応じて昇給する仕組み(勤続年数や経験年数に応じて昇給する仕組み) | | | | |
| (2)資格等に応じて昇給する仕組み(資格取得に応じて昇給する仕組み) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 評価基準や昇給条件が明文化されたもの |
| (3)一定の基準に基づき定期に昇給を判定する仕組み(実技経験や人事評価などの結果に基づき昇給する仕組み) | | | | |
| ⑦ 職場環境等要件を満たすこと。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費

※請求した介護給付費について、点検結果にチェックをしてください。

| 点検項目 | 点検結果 | | | |
|--|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------|
| | 請求実績有 | | 請求 実績無 | |
| | 満たす | 満たさ ない | | |
| (2) 処遇改善の内容(賃金改善を除く)及び処遇改善に要した費用を全ての職員に周知していること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 44-3. 介護職員処遇改善加算(Ⅱ) | 1人1月あたりの介護報酬総単位数×1000分の60を加算 | | | |
| (1) 次の①～⑥の全てに適合していること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| ① 任用の際の職位、職責又は職務内容等に応じた任用等の要件を定めていること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 辞令、雇用通知等 |
| ② 職位、職責又は職務内容等に応じた賃金体系(一時金等の臨時的に支払われるものを除く。)について定めていること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| ③ ①及び②の内容について就業規則等の明確な根拠規定を書面で整備し、全ての介護職員に周知していること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 就業規則等の明確な根拠規定 |
| ④ 介護職員の職務内容を踏まえ、介護職員と意見を交換しながら、資質向上の目標及び次の具体的な計画を策定し、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ること。 (1) 計画に沿って、研修機会の提供又は技術指導等を実施するとともに、介護職員の能力評価を行うこと。 (2) 資格取得のための支援(研修受講のための勤務シフトの調整、休暇の付与、受講料等の費用の援助等)を実施すること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 研修計画書等 |
| ⑤ ④の内容について、全ての介護職員に周知していること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| ⑥ 職場環境等要件を満たすこと。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (2) 処遇改善の内容(賃金改善を除く)及び処遇改善に要した費用を全ての職員に周知していること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費

※請求した介護給付費について、点検結果にチェックをしてください。

| 点検項目 | 点検結果 | | | |
|--|------------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------|
| | 請求実績有 | | 請求 実績無 | |
| | 満たす | 満たさ ない | | |
| 44-4. 介護職員処遇改善加算(Ⅲ) | 1人1月あたりの介護報酬総単位数×1000分の33を加算 | | | |
| (1) 次の①～③又は④～⑤に適合し、かつ、⑥に適合していること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| ① 任用の際の職位、職責又は職務内容等に応じた任用等の要件を定めていること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 辞令、雇用通知等 |
| ② 職位、職責又は職務内容等に応じた賃金体系(一時金等の臨時的に支払われるものを除く。)について定めていること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| ③ ①及び②の内容について就業規則等の明確な根拠規定を書面で整備し、全ての介護職員に周知していること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 就業規則等の明確な根拠規定 |
| ④ 介護職員の職務内容を踏まえ、介護職員と意見を交換しながら、資質向上の目標及び次の具体的な計画を策定し、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ること。 (1) 計画に沿って、研修機会の提供又は技術指導等を実施するとともに、介護職員の能力評価を行うこと。 (2) 資格取得のための支援(研修受講のための勤務シフトの調整、休暇の付与、受講料等の費用の援助等)を実施すること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 研修計画書等 |
| ⑤ ④の内容について、全ての介護職員に周知していること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| ⑥ 職場環境等要件を満たすこと。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (2) 処遇改善の内容(賃金改善を除く)及び処遇改善に要した費用を全ての職員に周知していること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費

※請求した介護給付費について、点検結果にチェックをしてください。

| 点検項目 | 点検結果 | | | |
|--|------------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------|
| | 請求実績有 | | 請求 実績無 | |
| | 満たす | 満たさ ない | | |
| 45. 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)・(Ⅱ)共通 | | | | |
| (1) 次のa～dに掲げるいずれにも適合し、かつ、賃金改善に要する費用の見込額が当該加算の算定見込額を上回る賃金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ること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 介護職員等特定処遇改善計画書 |
| a 経験・技能のある介護職員のうち1人は、賃金改善に要する費用の見込額が月額8万円以上又は賃金改善後の賃金の見込額が年額440万円以上であること。(ただし、当該加算の算定見込額が少額であることその他の理由により、当該賃金改善が困難である場合はこの限りでない。) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| b 経験・技能のある介護職員の賃金改善に関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を上回っていること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| c 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の2倍以上であること。(ただし、介護職員以外の職員の平均賃金額が介護職員(経験・技能のある介護職員を除く。)の平均賃金額を上回らない場合はその限りではない。) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| d 介護職員以外の職員の賃金改善後の賃金の見込額が年額440万円を上回らないこと。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (2) 改善計画書の作成、周知、届出があること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 介護職員等特定処遇改善計画書 |
| (3) 賃金改善の実施がされていること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (4) 処遇改善に関する実績の報告をしていること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 実績報告書 |
| (5) 介護職員処遇改善加算の(Ⅰ)から(Ⅲ)までのいずれかを算定していること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (6) 処遇改善の内容(賃金改善を除く)及び処遇改善に要した費用を全ての職員に周知していること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (7) (6)の処遇改善の内容等について、インターネットの利用その他の適切な方法により公表していること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 45-2. 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ) | 1人1月あたりの介護報酬総単位数×1000分の27を加算 | | | |
| 日常生活継続支援加算(Ⅰ)若しくは(Ⅱ)又はサービス提供体制強化加算(Ⅰ)若しくは(Ⅱ)のいずれかを届け出ていること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 45-3. 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ) | 1人1月あたりの介護報酬総単位数×1000分の23を加算 | | | |
| 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)・(Ⅱ)共通事項全てに適合していること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費

※請求した介護給付費について、点検結果にチェックをしてください。

| 点検項目 | 点検結果 | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------|
| | 請求実績有 | | 請求 実績無 | |
| | 満たす | 満たさ ない | | |
| 46. 介護職員等ベースアップ等支援加算 | | | | |
| (1)賃金改善に関する介護職員等ベースアップ等支援計画書を作成し、計画に基づく措置、周知、届出があること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ベースアップ等支援加算処遇改善計画書 |
| (2)賃金改善に要する費用の見込額が当該加算の算定見込額を上回り、その見込額の三分の二以上を基本給または決まって毎月支払われる手当に充てること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (3)介護職員処遇改善加算(Ⅰ)～(Ⅲ)のいずれかを算定していること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |