

# 地域密着型特定施設入居者生活介護費

※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<br>実績無                |
|                                                                                                                                                                                                      | 満たす                      | 満たさない                    |                          |
| 1. 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及び必要な措置を講じていない場合に、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に講じなければならない措置                                                                                                                                                                     | <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。                                                                                                                            | <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実施すること。                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. 短期利用地域密着型特定施設入居者生活介護の算定                                                                                                                                                                           |                          |                          |                          |
| (1) 特定施設の事業者が、指定居宅サービス、指定地域密着型サービス、指定居宅介護支援、指定介護予防サービス、指定地域密着型介護予防サービス若しくは指定介護予防支援事業又は介護保険施設（特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、指定介護療養型医療施設）の運営について、3年以上の経験を有すること。                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (2) 当該特定施設の入居定員の範囲で、空いている居室等（定員が1人であるものに限る。）を利用するものであること。<br>ただし、短期利用地域密着型特定施設入居者介護を受ける入居者の数は、当該特定施設の入居定員の1又は100分の10以下であること。                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (3) 利用の開始に当たって、あらかじめ30日以内の利用期間を定めること。                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (4) 家賃、敷金及び介護等その他の日常生活に必要な便宜の供与の対価として受領する費用を除き、権利金その他の金品を受領しないこと。                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

# 地域密着型特定施設入居者生活介護費

※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<br>実績無                |
|                                                                                                                                                                                                                                                          | 満たす                      | 満たさない                    |                          |
| (5) 介護保険法等の規定に基づく勧告等を受けたことがある場合にあっては、当該勧告等を受けた日から起算して5年以上の期間が経過していること。                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>3. 入居継続支援加算(Ⅰ)(Ⅱ)共通</b>                                                                                                                                                                                                                               |                          |                          |                          |
| (1) 次の(2)(3)(4)のいずれの基準にも適合していること。                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (2) 介護福祉士の数が、常勤換算方法で、入居者の数が6又はその端数を増すごとに1以上であること。ただし、次に掲げる基準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、入居者の数が7又はその端数を増すごとに1以上であること。                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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。                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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、アセスメント及び入居者の身体の状態等の評価を行い、職員の配置の状況等の見直しを行っていること。                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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。<br>i 入居者の安全及びケアの質の確保<br>ii 職員の負担の軽減及び勤務状況への配慮<br>iii 介護機器の定期的な点検<br>iv 介護機器を安全かつ有効に活用するための職員研修 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (3) サービス提供体制強化加算を算定していないこと。                                                                                                                                                                                                                              | <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"/> |

# 地域密着型特定施設入居者生活介護費

※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<br>実績無                |
|                                                                                                                                                                                                                                                        | 満たす                      | 満たさない                    |                          |
| 点検事項                                                                                                                                                                                                                                                   |                          |                          |                          |
| <b>3-2. 入居継続支援加算(Ⅰ)</b>                                                                                                                                                                                                                                | <b>1日につき36単位を加算</b>      |                          |                          |
| (1)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居者の100分の15以上であること。<br><br>※第1条各号<br>(1)口腔内の喀痰吸引<br>(2)鼻腔内の喀痰吸引<br>(3)気管カニューレ内部の喀痰吸引<br>(4)胃ろう又は腸ろうによる経管栄養<br>(5)経鼻経管栄養<br>※届け出の属する月の前4月から前々月までの3月間のそれぞれの末日時点の割合の平均について算出すること。<br>※割合については毎月記録し把握すること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (2)入居継続支援加算(Ⅱ)を算定していないこと。                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>3-3. 入居継続支援加算(Ⅱ)</b>                                                                                                                                                                                                                                | <b>1日につき22単位を加算</b>      |                          |                          |
| (1)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居者の100分の5以上であること。<br><br>※第1条各号<br>(1)口腔内の喀痰吸引<br>(2)鼻腔内の喀痰吸引<br>(3)気管カニューレ内部の喀痰吸引<br>(4)胃ろう又は腸ろうによる経管栄養<br>(5)経鼻経管栄養<br>※届け出の属する月の前4月から前々月までの3月間のそれぞれの末日時点の割合の平均について算出すること。<br>※割合については毎月記録し把握すること。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (2)入居継続支援加算(Ⅰ)を算定していないこと。                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

# 地域密着型特定施設入居者生活介護費

※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<br>実績無                |
|                                                                                                                                                                                                                                   | 満たす                      | 満たさない                    |                          |
| 4. 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。<br><br>※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。                                                                                                                                       | <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。<br><br>※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。                                                            | <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) 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"/> |
| (7) 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)は算定しないこと。                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

# 地域密着型特定施設入居者生活介護費

※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                    |                          |
| 4-2. 生活機能向上連携加算(Ⅱ)                                                                                                                                                                                                                                                        | 1月につき200単位を加算<br>※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。<br>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。<br><br>※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<br>※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こと。 | <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。<br>※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。<br><br>※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)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"/> |
| (7)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加算する。                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

# 地域密着型特定施設入居者生活介護費

※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<br>実績無                |
|                                                                                                                                                                                                                                                  | 満たす                      | 満たさ<br>ない                |                          |
| 5. 個別機能訓練加算(Ⅰ)                                                                                                                                                                                                                                   | 1日につき12単位を加算             |                          |                          |
| (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等を1名以上配置していること。<br><br>※理学療法士等⇒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またはきゅう師<br>※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。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (2)利用者に対して、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、利用者ごとにその目標、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。<br>※個別機能訓練計画に相当する内容を地域密着型特定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。                                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (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、実施方法等に対する評価等を行っていること。                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (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。<br><br>※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。                                                                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (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。                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5-2. 個別機能訓練加算(Ⅱ)                                                                                                                                                                                                                                 | 1月につき20単位を加算             |                          |                          |
| (1)個別機能訓練加算(Ⅰ)を算定していること。                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

# 地域密着型特定施設入居者生活介護費

※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>(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> <p>※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。<br/>           ※サービスの質の向上を図るため、LIFEへの提出情報及びフィードバック情報を活し、利用者の状態に応じた個別機能訓練計画の作成(Plan)、当該計画に基づく個別機能訓練の実施(Do)、当該実施内容の評価(Check)、その評価結果を踏まえた当該計画の見直し・改善(Action)の一連のサイクル(PDCAサイクル)により、サービスの質の管理を行うこと。</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>6. ADL維持等加算(I)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <b>1月につき30単位を加算</b>      |                          |                          |
| <p>(1) 評価対象者の総数が10人以上であること。</p> <p>※評価対象者⇒当該事業所の利用期間が6月を超える者をいう。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>(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。</p> <p>※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。<br/>           ※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。</p>                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>(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。</p>                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>(4) ADL維持等加算(II)を算定していないこと。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>(5) 評価対象期間の満了日の属する月の翌月から12月以内の期間の限り、加算する。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>6-2. ADL維持等加算(II)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <b>1月につき60単位を加算</b>      |                          |                          |
| <p>(1) ADL維持等加算(I)の要件(1)及び(2)を満たしていること。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>(2) 評価対象者のADL利得の平均値が2以上であること。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

# 地域密着型特定施設入居者生活介護費

※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<br>実績無                |                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 満たす                      | 満たさ<br>ない                |                          |                     |
| (3)ADL維持等加算(I)を算定していないこと。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <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月以内の期間の限り、加算する。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                     |
| <b>7. 夜間看護体制加算</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>1日につき10単位を加算</b>      |                          |                          |                     |
| (1)次の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、看護に係る責任者を定めていること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                     |
| ② 看護職員又は病院若しくは訪問看護ステーションとの連携により、利用者に対して24時間連絡できる体制を確保し、かつ、必要に応じて健康上の管理等を行う体制を確保していること。<br>具体的には以下のような体制を想定している。<br><br>(1)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。<br>(2)看護職員不在時の介護職員による利用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。<br>(3)施設内研修等を通じて(1)、(2)の内容が周知されていること。<br>(4)当該特定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等により利用者の状態に関する引継ぎを行うとともに、オンコール体制終了時にも同様の引継ぎを行うこと。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 夜間連絡・対応体制の指針、マニュアル等 |
| ③ 重度化した場合における対応の指針を定め、入居の際に利用者又はその家族に対して、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"/> | 重度化対応のための指針         |
| <b>8. 若年性認知症入居者受入加算</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>1日につき120単位を加算</b>     |                          |                          |                     |
| (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"/> |                     |
| <b>9. 医療機関連携加算</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>1月につき80単位を加算</b>      |                          |                          |                     |
| (1)看護職員が、前回情報提供日から次回情報提供日までの間で、利用者ごとに健康状況を随時記録していること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                     |



## 地域密着型特定施設入居者生活介護費

※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<br>実績無                |  |
|                                                                                                                                                                                      | 満たす                      | 満たさない                    |                          |  |
| (2) 利用者の同意を得ていること。                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| (3) 協力医療機関又は主治医に対して、当該利用者の健康の状況について月1回以上情報を提供していること。(※協力医療機関または主治医には歯科医師を含む)                                                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| (4) (3)の情報を提供した日前30日以内において、サービス費を算定した日が14日未満である場合は算定できないこと。                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| (5) あらかじめ、協力医療機関又は主治医との間で情報提供の期間、利用者の健康状況の著しい変化の有無等提供する情報の内容について定めておくこと。(※必要に応じてこれら以外の情報を提供することを妨げるものではない。)                                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| (6) 情報提供は、面談、FAXを含む文書、電子メールにより行うことも可能であるが、情報を提供した医師から、署名あるいはそれに代わる方法により受領の確認を得ていること。<br>※複数の利用者の情報を同時に提供した場合には、一括して受領の確認をえても差し支えない。                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| <b>10. 口腔衛生管理体制加算</b>                                                                                                                                                                | <b>1月につき30単位を加算</b>      |                          |                          |  |
| (1) 歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に対する口腔ケアに係る技術的助言及び指導を月1回以上行っていること。                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| (2) 口腔ケアに係る技術的助言及び指導とは、当該施設における入居者の口腔内状態の評価方法、適切な口腔ケアの手技、口腔ケアに必要な物品整備の留意点、口腔ケアに伴うリスク管理、その他当該施設において日常的な口腔ケアの実施にあたり必要と思われる事項のうち、いずれかに係る技術的助言及び指導のことをいうものであって、個々の入居者の口腔ケア計画をいうものではないこと。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| (3) 施設において、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、利用者の口腔ケア・マネジメントに係る計画が作成されていること。                                                                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |

# 地域密着型特定施設入居者生活介護費

※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) 口腔ケア・マネジメントに係る計画は、以下の事項を記載すること。<br>①当該施設において入居者の口腔ケアを推進するための課題<br>②当該施設における目標<br>③具体的方策<br>④留意事項<br>⑤当該施設と歯科医療機関との連携の状況<br>⑥歯科医師からの指示内容の要点(計画の作成にあたっての技術的助言・指導を歯科衛生士が行った場合に限る)<br>⑦その他必要と思われる事項                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (5) 技術的助言及び指導は、歯科訪問診療又は訪問歯科衛生指導の実施時間以外の時間帯に行われていること。                                                                                                                                                               | <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"/> |
| <b>11. 口腔・栄養スクリーニング加算</b>                                                                                                                                                                                          | <b>1回につき20単位を加算</b>      |                          |                          |
| (1) 利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態について確認を行い、当該利用者の口腔の健康状態に関する情報(当該利用者の口腔の健康状態が低下しているおそれのある場合にあっては、その改善に必要な情報を含む。)を当該利用者を担当する介護支援専門員に提供していること。<br><br>口腔スクリーニング<br>a 硬いものを避け、柔らかいものを中心に食べる者<br>b 入れ歯を使っている者<br>c むせやすい者 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

# 地域密着型特定施設入居者生活介護費

※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>(2) 利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の栄養状態について確認を行い、当該利用者の栄養状態に関する情報(当該利用者が低栄養状態の場合にあっては、低栄養状態の改善に必要な情報を含む。)を当該利用者を担当する介護支援専門員に提供していること。</p> <p>栄養スクリーニング</p> <p>①BMIが18.5未満である者</p> <p>②1～6月間で3%以上の体重の減少が認められる者又は「地域支援事業の実施について」(平成18年6月9日老発第0609001号厚生労働省老健局長通知)に規定する基本チェックリストのNo11の項目が「1」に該当する者</p> <p>③血清アルブミン値が3.5g/dl以下である者</p> <p>④食事摂取量が不良(75%以下)である者</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (3) 当該施設事業所以外で、既に口腔・栄養スクリーニング加算を算定している場合は算定できないこと。                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <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"/> |
| <b>12. 退院・退所時連携加算</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>1日につき30単位を加算</b>      |                          |                          |
| (1) 病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院から当該施設に入居した場合であること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (2) 入居した日から30日以内の期間について加算すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (3) 30日を超える病院、診療所への入院又は介護老人保健施設、介護医療院への入所後に当該施設に再び入居した場合も算定できること。                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (4) 利用者の退院又は退所に当たって、当該医療提供施設の職員と面談等を行い、当該利用者に関する必要な情報の提供を受けた上で、特定施設サービス計画を作成し、特定施設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"/> |
| (5) 過去3月間の間に、当該施設に入居したことがない場合に限り算定できること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>13. 看取り介護加算(Ⅰ)(Ⅱ)共通</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                          |                          |                          |
| (1) 次の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 看取りに関する指針を定め、入居の際に、利用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"/> |

# 地域密着型特定施設入居者生活介護費

※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>② ①の指針に盛り込むべき項目は、次の事項が考えられること。</p> <p>(1)施設の看取りに関する考え方<br/>                     (2)終末期にたどる経過(時期、プロセス)とそれに応じた介護の考え方<br/>                     (3)特定施設等において看取りに際して行いうる医療行為の選択肢<br/>                     (4)医師や医療機関との連携体制(夜間及び緊急時の対応を含む)<br/>                     (5)利用者等への情報提供及び意思確認の方法<br/>                     (6)利用者等への情報提供に供する資料及び同意書の書式<br/>                     (7)家族への心理的支援に関する考え方<br/>                     (8)その他看取り介護を受ける利用者に対して特定施設の職員が取るべき具体的な対応の方法</p> | <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、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"/> |
| (2) 次の厚生労働大臣が定める基準に適合する利用者であること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <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、介護支援専門員その他の職種の者が共同で作成した利用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、利用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、多職種連携により、利用者等に対し、十分な説明を行い、理解を得るよう努めること。具体的には、終末期にたどる経過、特定施設等において看取りに際して行いうる医療行為の選択肢、医師や医療機関との連携体制などについて、利用者等の理解が得られるよう継続的な説明に努めること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (4) (3)の説明の際には、利用者等の理解を助けるため、利用者に関する記録を活用した説明資料を作成し、その写しを提供すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

# 地域密着型特定施設入居者生活介護費

※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                    |                          |  |
| (5) 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"/> |  |
| (6) 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"/> |  |
| (7) 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、生活相談員、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"/> |  |
| (8) (7)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、利用者の状態や、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"/> |  |
| (9) 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"/> |  |
| <b>13-2. 看取り介護加算(Ⅰ)</b>                                                                                                       |                          |                          |                          |  |
| (1) 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"/> |  |
| (2) 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"/> |  |
| (3) 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"/> |  |
| (4) 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"/> |  |
| (5) 退居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"/> |  |

# 地域密着型特定施設入居者生活介護費

※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)夜間看護体制加算を算定していない場合は算定できないこと。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>13-3. 看取り介護加算(Ⅱ)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                          |                          |                          |
| (1)当該加算を算定する期間において、夜勤又は宿直を行う看護職員の数が1以上であること。<br><br>※「夜勤又は宿直を行う看護職員の数が1以上」については、病院、診療所又は指定訪問看護ステーション(「病院等」という。)の看護師又は准看護師が、当該病院等の体制に支障を来すことなく、地域密着型特定施設において夜勤又は宿直を行う場合についても、当該地域密着型特定施設の施設基準を満たすものとして差し支えない。<br>また、地域密着型特定施設と同一建物内に病院等が所在している場合、当該病院等の体制に支障を来すことなく、当該病院等に勤務する看護師又は准看護師が、地域密着型特定施設において夜勤又は宿直を行った場合と同等の迅速な対応が可能な体制を確保していれば、同様に当該特定施設の施設基準を満たすものとして差し支えない。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (2)死亡日以前31日以上45日以下については、1日につき572単位を加算。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (3)死亡日以前4日以上30日以下については、1日につき644単位を加算。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (4)死亡日の前日及び前々日については、1日につき1180単位を加算。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (5)死亡日については、1日につき1780単位を死亡月に加算。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (6)退居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"/> |
| (7)看取り介護加算(Ⅰ)を算定している場合又は夜間看護体制加算を算定していない場合は算定できないこと。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>14. 認知症専門ケア加算(Ⅰ)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                          | <b>1日につき3単位を加算</b>       |                          |
| (1)施設における利用者の総数のうち、日常生活に支障を来すおそれのある症状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に該当する入居者)の占める割合が2分の1以上であること。                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

# 地域密着型特定施設入居者生活介護費

※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>(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。</p> <p>※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」)</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>(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。</p>                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14-2. 認知症専門ケア加算(Ⅱ)                                                                                                                                                                                                                                                                                | 1日につき4単位を加算              |                          |                          |
| <p>(1) 施設における利用者の総数のうち、日常生活に支障を来すおそれのある症状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に該当する入居者)の占める割合が2分の1以上であること。</p>                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>(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。</p> <p>※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」)</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>(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。</p>                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>(4) 認知症介護の指導に係る専門的な研修(※)を修了者を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。</p> <p>※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」)</p>                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

# 地域密着型特定施設入居者生活介護費

※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<br>実績無                |  |
|                                                                                                                      | 満たす                           | 満たさない                    |                          |  |
| (5)事業所の介護職員、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"/> |  |
| <b>15. 科学的介護推進体制加算</b>                                                                                               | 1月につき40単位を所定単位数に加算            |                          |                          |  |
| (1)利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の利用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。                                               | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| ※情報の提出については、LIFEを用いて行うこととする。                                                                                         |                               |                          |                          |  |
| (2)必要に応じて施設サービス計画を見直すなど、サービスの提供にあたって、(1)に規程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"/> |  |
| <b>16. サービス提供体制強化加算(Ⅰ)</b>                                                                                           | 1日につき22単位を加算 ※(Ⅰ)(Ⅱ)(Ⅲ)は併算定不可 |                          |                          |  |
| 次の(1)(2)(3)のいずれにも適合すること。                                                                                             | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| (1)次のいずれかに適合すること。<br>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70以上であること。<br>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25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"/> |  |
| <b>16-2. サービス提供体制強化加算(Ⅱ)</b>                                                                                         | 1日につき18単位を加算 ※(Ⅰ)(Ⅱ)(Ⅲ)は併算定不可 |                          |                          |  |
| 次の(1)(2)のいずれにも適合すること。                                                                                                | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| (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"/> |  |
| <b>16-3. サービス提供体制強化加算(Ⅲ)</b>                                                                                         | 1日につき6単位を加算 ※(Ⅰ)(Ⅱ)(Ⅲ)は併算定不可  |                          |                          |  |
| 次の(1)(2)のいずれにも適合すること。                                                                                                | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |



# 地域密着型特定施設入居者生活介護費

※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<br>実績無                |               |
|                                                                                                                                                                            | 満たす                      | 満たさない                        |                          |               |
| (1) 次のいずれかに適合すること。<br>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。<br>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。<br>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) 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"/> |               |
| <b>17. 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)～(Ⅲ)共通</b>                                                                                                                                             |                          |                              |                          |               |
| (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。<br>(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"/> |               |
| <b>17-2. 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)</b>                                                                                                                                                 |                          | 1人1月あたりの介護報酬総単位数×1000分の82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 |

## 地域密着型特定施設入居者生活介護費

※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<br>実績無                |                    |
|                                                                                                                                                                                                                     | 満たす                          | 満たさない                    |                          |                    |
| <p>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。</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p> | <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"/> |                    |
| <p>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。</p> <p>(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)</p> <p>(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)</p> <p>(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)</p>               | <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 |
| ⑦ 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"/> |                    |
| 17-3. 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      |

# 地域密着型特定施設入居者生活介護費

※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<br>実績無                |               |
|                                                                                    | 満たす                          | 満たさない                    |                          |               |
| 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 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"/> |               |
| 17-4. 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。                                  | <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 職場環境等要件を満たすこと。                                                                   | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |               |

# 地域密着型特定施設入居者生活介護費

※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<br>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"/> |                |
| <b>18. 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)・(Ⅱ)共通</b>                                                                                                                      |                          |                          |                          |                |
| (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"/> |                |

## 地域密着型特定施設入居者生活介護費

※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                    |                    |
| 点検事項                                                                     | 満たす                          | 満たさない                    |                          |                    |
| 18-2. 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18を加算 |                          |                          |                    |
| 入居継続支援加算(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"/> |                    |
| 18-3. 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12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"/> |                    |
| 19. 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"/> |                    |