**事業所名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　実地指導年月日　　　令和　　　　年　　　月　　　日**２年４月版

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **事 業 区 分** | **療養型施設** | **自己点検シート記入者** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 確認事項 | 該当の空白を埋めてください。 | 記入例 |
| １　定員 | 介護療養型　　　　　名　・　医療療養型　　　名 | 介護療養30名・医療療養30名 |
| ２　入所者数（　　月　　日現在） | 介護療養型　　　　　名　・　医療療養型　　　名 | 介護療養25名・医療療養30名 |
| ３　日中の時間設定（14時間以上）　(ユニットのみ) | 開始　　　時　　　　分　～　終了　　　　時　　　　分 | 6時30分～20時30分 |
| ４　夜勤職員配置加算の夜勤時間帯　（22：00～翌5：00を含めた連続する16時間） | 開始　　　時　　　　分　～　終了　　　　時　　　　分 | 17時0分～翌9時0分 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**別表の提出をお願いします**

１　指定単位（病棟等）ごとの前年度の平均利用（入院）実績と全職員の配置表等

**「別表１－１、１－２」を提出してください**

**（指定を病棟ごとに受けている場合には、別表を病棟ごとに記入してください）**

２　月平均夜勤時間、一日平均夜勤職員数

**病院の場合のみ、「別表１－３」も提出してください**

※**届出状況、点検結果**の該当する項目に「○」を記入してください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 届出状況 | 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | 備考 |
|  | 医療機関（病院、有床診療所）への入院、退院日の報酬算定 | 医療機関が同一敷地内の場合、又は隣接・近接する敷地に医療機関があり介護保険施設と職員兼務や施設の共用等が行われている場合、  その日のうちに①施設を退所し医療機関に入院する日、②医療機関を退院し施設に入所する日  はいずれも介護報酬請求はしていない | 請求していない  ・  該当なし | 老企第40号通知 |

**注　類型区分…届出上の区分；【病院】⇒療養病床を有する病院、【診療所】⇒療養病床を有する診療所、【認知】⇒認知症病棟を有する病院**

※届出状況、点検結果の該当する項目に「○」を記入してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **類型区分** | **届出状況** | **点検項目** | **点 検 事 項** | | | | | **点 検 結 果** | | **備　考** |
| 【病院】  【診療所】 |  | 療養型（Ⅰ）  看護６：１  介護４：１  診療所型（Ⅰ）  看護６：１  介護６：１ | （ⅰ～ⅲ）従来型個室 | |  | （ⅳ～ⅵ）多床室 |  | 該当に○を | | (※)割合の算定方法は「末日方式」でも「延べ日数方式」でもどちらでもよい。  機能強化型は「計算書」を提示してください。 |
| (ⅰ)（ⅳ）　「機能強化型A」　でも　「機能強化型B」　でもない | | | | |  | 該当 |
| (ⅱ)（ⅴ）  機能強化型A | イ．前3月間の入院患者等のうち、占める割合が、次のいずれにも適合する | | | |  | 該当 |
| ①重篤な身体疾患者及び身体合併症を有する認知症高齢者が50％以上(※) | | | |  | 該当 |
| ②喀痰吸引、経管栄養、インスリン注射実施者が50％以上 | | | |  | 該当 |
| ③回復の見込みがないと医師が判断し、ターミナルケア計画を作成、多職種共同でケアを実施した患者が10％以上 | | | |  | 該当 |
| ロ．生活機能を維持するリハビリの実施 | | | |  | 該当 |
| ハ．地域に貢献する活動の実施 | | | |  | 該当 |
| (ⅲ)（ⅵ）  機能強化型B | ニ．前3月間の入院患者等のうち、占める割合が、次のいずれにも適合する | | | |  | 該当 |
| ①　上記イ－①の割合と同じ（診療所は40％以上） | | | |  | 該当 |
| ②　上記ロ－②の割合が30％以上（診療所は20％以上） | | | |  | 該当 |
| ③　上記ロ－③の割合が5％以上（診療所も同じ） | | | |  | 該当 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **類型区分** | **届出状況** | **点検項目** | **点 検 事 項** | | | | | | | **点 検 結 果** | | **備　考** |
| 【病院】 |  | 療養型（Ⅱ）  看護６：１  介護５：１ | （ⅰ，ⅱ）従来型個室 | |  | | （ⅲ，ⅳ）多床室 |  | | 該当に○を | |  |
| (ⅰ)（ⅲ）　「機能強化型Ｂ」　ではない | | | | | | |  | 該当 |
| (ⅱ)（ⅳ）  機能強化型Ｂ | イ．前3月間の入院患者等のうち、占める割合が、次のいずれにも適合する | | | | | |  | 該当 |
| ①重篤な身体疾患者及び身体合併症を有する認知症高齢者が50％以上 | | | | | |  | 該当 |
| ②喀痰吸引、経管栄養、インスリン注射実施者が30％以上 | | | | | |  | 該当 |
| ③回復の見込みがないと医師が判断し、ターミナルケア計画を作成、多職種共同でケアを実施した患者が5％以上 | | | | | |  | 該当 |
| 療養型（Ⅲ）  看護６：１  介護６：１ | （ⅰ）従来型個室 | |  | （ⅱ）多床室 | | |  | 該当に○を | |  |
| 療養型経過型（Ⅰ）  看護６：１  介護４：１ | （ⅰ）従来型個室 | |  | （ⅱ）多床室 | | |  | 該当に○を | |  |
| 療養型経過型（Ⅱ）  看護８：１  介護４：１ | （ⅰ）従来型個室 | |  | （ⅱ）多床室 | | |  | 該当に○を | |  |
| 【診療所】 |  | 診療所型（Ⅱ）  看護・介護３：１ | （ⅰ）従来型個室 | |  | （ⅱ）多床室 | | |  | 該当に○を | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **類型区分** | **届出状況** | **点検項目** | **点 検 事 項** | | | | | | | | **点 検 結 果** | | **備　考** |
| 【病院】  【診療所】 |  | ユニット型療養型  看護６：１  介護４：１  ユニット型診療所型  看護６：１  介護６：１ | （Ⅰ～Ⅲ）ユニット型個室 | | |  | | （Ⅳ～Ⅵ）  ユニット型個室的多床室 |  | | 該当に○を | |  |
| (Ⅰ)（Ⅳ）　「機能強化型A」　でも　「機能強化型B」　でもない | | | | | | | |  | 該当 |
| (Ⅱ)（Ⅴ）  機能強化型A | イ．前3月間の入院患者等のうち、占める割合が、次のいずれにも適合する | | | | | | |  | 該当 |
| ①重篤な身体疾患者及び身体合併症を有する認知症高齢者が50％以上 | | | | | | |  | 該当 |
| ②喀痰吸引、経管栄養、インスリン注射実施者が50％以上 | | | | | | |  | 該当 |
| ③回復の見込みがないと医師が判断し、ターミナルケア計画を作成、多職種共同でケアを実施した患者が10％以上 | | | | | | |  | 該当 |
| ロ．生活機能を維持するリハビリの実施 | | | | | | |  | 該当 |
| ハ．地域に貢献する活動の実施 | | | | | | |  | 該当 |
| (Ⅲ)（Ⅵ）  機能強化型B | ニ．前3月間の入院患者等のうち、占める割合が、次のいずれにも適合する | | | | | | |  | 該当 |
| ①　上記イ－①の割合と同じ（診療所は40％以上） | | | | | | |  | 該当 |
| ②　上記ロ－②の割合が30％以上（診療所は20％以上） | | | | | | |  | 該当 |
| ③　上記ロ－③の割合が5％以上（診療所も同じ） | | | | | | |  | 該当 |
| 【病院】 |  | ユニット型療養型経過型  看護６：１  介護４：１ | （Ⅰ）ユニット型個室 | |  | | （Ⅱ）ユニット型個室的多床室 | | |  | 該当に○を | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **類型区分** | **届出状況** | **点検項目** | **点 検 事 項** | | | | **点 検 結 果** | **備　考** |
| 【認知】 |  | 認知症疾患型（Ⅰ）  看護３：１  介護６：１ | （ⅰ）従来型個室 |  | （ⅱ）多床室 |  | 該当に○を |  |
| 認知症疾患型（Ⅱ）  看護４：１  介護４：１ | （ⅰ）従来型個室 |  | （ⅱ）多床室 |  | 該当に○を |  |
| 認知症疾患型（Ⅲ）  看護４：１  介護５：１ | （ⅰ）従来型個室 |  | （ⅱ）多床室 |  | 該当に○を |  |
| 認知症疾患型（Ⅳ）  看護４：１  介護６：１ | （ⅰ）従来型個室 |  | （ⅱ）多床室 |  | 該当に○を |  |
| 認知症疾患型経過型 | （Ⅰ）従来型個室 |  | （Ⅱ）多床室 |  | 該当に○を |  |
| ユニット型認知症疾患型(Ⅰ)  大学病院等 | （ⅰ）ユニット型個室 |  | （ⅱ）  ユニット型個室的多床室 |  | 該当に○を |  |
| ユニット型認知症疾患型(Ⅱ)  一般病院 | （ⅰ）ユニット型個室 |  | （ⅱ）  ユニット型個室的多床室 |  | 該当に○を |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **類型区分** | | | **届出**  **状況** | **点　検　項　目** | | **点　　検　　事　　項** | | **点　検　結　果** | | | | | | | | **備　考** | |
| 【病院】  【診療所】  【認知】 | | |  | 【従来型】  　多床室単位数の算定（特例） | | 従来型個室に平成17年9月30日に入所しており、引き続き入所している人（平成17年9月中に特別な室料を支払っていなかった人） | |  | 満たす | | | | | | | 平成17年9月からの継続入所者のみ適用 | |
| 感染症、看取り（ターミナルケア）等により、従来型個室への入所が必要と医師が判断した人（従来型個室入所期間が30日以内） | |  | 満たす | | | | | | | 嘱託医又は主治医の判断（診断書、カルテ等）  30日超過は、改めて医師の判断が必要 | |
| 床面積が6.4平方メートル以下の従来型個室に入所する人 | |  | 満たす | | | | | | | 最低基準以下の従来型居室  居室面積の算定は内法での測定 | |
| 著しい精神症状等のため、同室の他の入所者の心身の状況に重大な影響を及ぼす恐れがあるとして、従来型個室への入所が必要と医師が判断した人 | |  | 満たす | | | | | | | 嘱託医又は主治医の判断（診断書、カルテ等） | |
| 【病院】 | | |  | **病院療養病床環境減算** | | 廊下幅が１．８m以上　(両側病室２．７m以上) | |  | 不適合 | | | | | | | △２５単位 | |
| 【診療所】 | | |  | **診療所療養病床設備基準減算** | | △６０単位 | |
| **【病院】**  **【診療所】**  **【認知】** | | |  | **ユニットケア減算**  　　　×９７／１００ | | 日中常時1人以上の介護又は看護職員の配置 | |  | 未配置 | | | | | | | 該当月の翌々月減算 | |
| ユニットごとに常勤のユニットリーダーの配置 | |  | 未配置 | | | | | | |
|  | **定員超過利用減算**  　　　×７０／１００ | | 月平均の入院患者数が入院患者の定員を超えるか | |  | 超えている | | | | | | |  | |
| **類型区分** | | | **届出状況**  **状況**  **状況「「** | | | **点　検　項　目** | | **点　　検　　事　　項** | | | **点　検　結　果** | | | | | | |
| **【病院】**  **【認知】** | | |  | | | **人員基準欠如減算**  ※100床未満と100床以上で減算開始月が異なる | | 介護支援専門員の配置にかかる指定基準 | | |  | | 左記を満たさない | | | | |
| 看護・介護職員の員数にかかる指定基準 | | |  | | 左記を満たさない | | | | |
| 看護師が基準に定められた看護職員の20/100以上（正看比率が2割以上） | | |  | | 左記を満たさない | | | | |
| 僻地の医師確保計画を届出たもので、医師の数が基準に定められた医師の員数の60/100以上 | | |  | | 左記を満たさない | | | | |
| 僻地の医師確保計画を届出たもの以外で、医師の数が基準に定められた医師の員数の60/100以上 | | |  | | 左記を満たさない | | | | |
| **【病院】**  **【診療所】**  **【認知】** | | |  | | | **入院患者に関する基準に満たない場合の減算**  　　　　×９５／１００ | | ①喀痰吸引もしくは経管栄養が実施された割合が15/100以上  ②著しい精神症状、周辺症状、もしくは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする認知症高齢者の割合が20/100 | | |  | | 該当 | | | | |
| ①喀痰吸引もしくは経管栄養が実施された割合×診療所の介護用病床数÷19が15/100以上  ②著しい精神症状、周辺症状、もしくは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする認知症高齢者の割合×診療所の介護用病床数÷19が20/100以上 | | |  | | 該当 | | | | |
| ①喀痰吸引もしくは経管栄養が実施された割合×診療所の介護用病床数÷19が15/100以上  ②著しい精神症状、周辺症状、もしくは重篤な疾患または日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられ、専門医療を必要とする認知症高齢者の割合が25/100以上 | | |  | | 該当 | | | | |
| 当減算適用の場合、一部の加算のみ算定 | | |  | | 算定 | | | | |
| **類型区分** | **届出**  **状況** | | | **点　検　項　目** | | | **点　　検　　事　　項** | | | | **点　検　結　果** | | | | | | |
| **【病院】** |  | | | **夜勤※減算**  △２５単位／日  ※22時～翌朝5時を含む連続16時間  ★歴月で人員不足が  ①2日以上連続発生  ②4日以上発生、のいずれか該当で、翌月減算 | | | 入院患者の合計数が30又はその端数を増すごとに1人以上　かつ　最低２人以上（うち1人は看護職員） | | | |  | | 左記を満たさない | | | | |
| 月当たりで、看護又は介護職員の1日平均夜勤職員数が上記の夜勤基準を満たさない | | | |  | | 1割超不足・3月平均で1割の範囲内不足で減算 | | | | |
| 看護又は介護職員の１人当たりの月平均夜勤時間が  月６４時間以下を満たさない（64時間を超える） | | | |  | | 1割以上超時間あり・3月平均で1割の範囲内超時間ありで減算 | | | | |
| ユニット型・・・2ユニットごとに1人以上 | | | |  | | 左記を満たさない | | | | |
|  | | | **医療法施行規則49条の適用**  △１２単位／日 | | | 医師の配置について医療法施行規則４９条の規定が適用されている | | | |  | | 該当 | 【参考】医療法施行規則４９条：  置くべき医師の標準数の緩和 | | | |
| 【病院】 |  | | | **夜間勤務等看護Ⅰ**  ＋２３単位／日 | | | 月平均夜勤時間72時間以下 | | | |  | | 満たす | | 【注意】  夜勤職員配置状況は、実地指導当日に確認します。  **「別表」**を必要分記入して準備しておいてください。 | | |
| 看護職員を15：１　かつ　２人以上配置 | | | |  | | 満たす | |
|  | | | **夜間勤務等看護Ⅱ**  ＋１４単位／日  夜間勤務等看護Ⅱ  ＋１４単位／日 | | | 月平均夜勤時間72時間以下 | | | |  | | 満たす | |
| 看護職員を20：１　かつ　２人以上配置 | | | |  | | 満たす | |
|  | | | **夜間勤務等看護Ⅲ**  ＋１４単位／日 | | | 看護・介護職員の月平均夜勤時間72時間以下 | | | |  | | 満たす | |
| 看護職員の数が１以上 | | | |  | | 満たす | |
| 看護・介護職員を15：１　かつ　２人以上配置 | | | |  | | 満たす | |
|  | | | **夜間勤務等看護Ⅳ**  ＋７単位／日 | | | 看護・介護職員の月平均夜勤時間72時間以下 | | | |  | | 満たす | |
| 看護職員の数が１以上 | | | |  | | 満たす | |
| 看護・介護職員を20：１　かつ　２人以上配置 | | | |  | | 満たす | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **類型区分** | **届出状況** | **点　検　項　目** | **点　　検　　事　　項** | **点　検　結　果** | | **備　考** |
| 【病院】  【診療所】  【認知】 |  | **身体拘束廃止未実施減算**  ×９０／１００　／日 | 身体的拘束等を行う場合にはその態様及び時間、その際の入居者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録している |  | 記録なし | 発生日の翌月から改善状況報告が県に認められる月まで減算 |
| 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っている |  | 図っていない |
| 身体的拘束等の適正化のための指針を整備している |  | 整備なし |
| 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に実施している |  | 未実施 |  |
|  | **外泊時費用**  所定単位数に代えて  ３６２単位／日 | 外泊をした場合（初日、最終日は算定不可） |  | なし | 月6日以下 |
| 短期入所療養介護のベッドへの活用の有無 |  |  |
|  | **他科受診費**  所定単位数に代えて  ３６２単位／日 | 専門的な診療が必要となり、他の病院等で診療が行われた場合 |  |  |  |
| 1月の算定日 |  | ４日以下 |  |
| 他医療機関と特別の関係にない |  | ない |  |
| 栄養マネジメント加算、経口移行加算、経口維持加算、療養食加算及び特定診療費以外の加算を算定していない。 |  | 算定なし |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **類型区分** | **届出状況** | | **点検項目** | | | | **点　　検　　事　　項** | | **点　検　結　果** | | | | | | | **備　考** | |
| 【病院】  のうち  経過型のみ |  | | **試行的退院サービス**  所定単位数に代えて  ８００単位／日 | | | | 退院が見込まれる者が試行的に退院した場合  （１月の算定日） | |  | 6日以内 | | | | | |  | |
| 初日、最終日及び外泊時費用を算定していない | |  | 該当 | | | | | |  | |
| 医師、看護、介護職員、支援相談員、施設介護支援専門員等により居宅において療養を継続する可能性があるかの検討をしている | |  |  | | | | | |  | |
| 医師、薬剤師(配置される場合に限る）、看護、介護職員、支援相談員、施設介護支援専門員等により居宅において療養を継続する可能性があるかの検討をしている | |  | 該当 | | | | | |  | |
| 入院患者又は家族に趣旨を説明し、同意を得ている | |  | 該当 | | | | | |  | |
| 従業者又は居宅サービス事業者等との連絡調整をした上で介護支援専門員が試行的退院サービスに係る計画を作成している | |  | 該当 | | | | | |  | |
| 試行的退院サービス期間中、計画に基づく適切な居宅サービス※を提供している | |  | 該当 | | | | | | ※施設従事者又は居宅サービス事業者等 | |
| 試行的退院サービス期間中ベッドを短期入所療養介護に活用している場合利用者からの同意がある。 | |  | 該当 | | | | | |  | |
| 居宅に退院できない場合、その理由等を分析し問題解決に向けた施設サービス計画の変更の支援をしている | |  | 該当 | | | | | |  | |
| **類型区分** | | **届出状況** | **点　検　項　目** | | | | | **点　　検　　事　　項** | **点　検　結　果** | | | | **備考** | | | |
| 【病院】  【診療所】 | |  | **若年性認知症利用者受入加算**  ＋１２０単位 | | | | | 若年性認知症利用者ごとに個別の担当者 |  | | 該当 | |  | | | |
| 利用者に応じた適切なサービス提供 |  | | 実施 | |  | | | |
| 認知症行動・心理症状緊急対応加算の算定なし |  | | 算定なし | |  | | | |
| 【病院】【診療所】  【認知】 | |  | **初期加算**  ＋３０単位／日 | | | | | 入院した日から起算して30日以内 |  | | 満たす | |  | | | |
| 外泊時 |  | | 算定なし | |  | | | |
| 過去３月以内の当該施設への入院(自立度判定基準Ⅲ、Ⅳ、Ｍは１月以内) |  | | なし | |  | | | |
|  | 退院**前**訪問指導加算  ＋４６０単位 | | | | | 入院期間が1月以上(見込みを含む) の者の退院に先立ち、退院後生活する居宅を訪問し、利用者及び家族に対し療養上の指導を実施 （入院後早期指導の必要がある場合は２回を限度) |  | | 満たす | |  | | | |
| 退院の理由が「病院、診療所、他の介護保険施設への入院・入所、死亡」ではない |  | | 満たす | |  | | | |
| 指導日、指導内容の記録の整備 |  | | 満たす | | 診療録等 | | | |
|  | 退院**後**訪問指導加算  ＋４６０単位 | | | | | 退院後30日以内に入院患者及び家族等に対し療養上の指導を実施 （１回を限度） |  | | 満たす | |  | | | |
| 退院の理由が「病院、診療所、他の介護保険施設への入院・入所、死亡」ではない |  | | 満たす | |  | | | |
| 指導日、指導内容の記録の整備 |  | | 満たす | | 診療録等 | | | |
| 類型区分 | | **届出状況** | 点　検　項　目 | | | **点　　検　　事　　項** | | | **点　検　結　果** | | | | **備　考** | | | |
| 【病院】【診療所】  【認知】 | |  | 退院**時**指導加算  ＋４００単位 | | | 入院期間が1月以上の者の退院時に入院患者及び家族に対し退院後の療養上の指導を実施 | | |  | | 満たす | |  | | | |
| 退院の理由が「病院、診療所、他の介護保険施設への入院・入所、死亡」ではない | | |  | | 満たす | |  | | | |
| 指導日、指導内容の記録の整備 | | |  | | 満たす | | 診療録等 | | | |
|  | 退院時**情報提供**  加算  ＋５００単位 | | | 入院期間が1月以上の者が退院 | | |  | | 満たす | |  | | | |
| 本人の同意を得て、退院後の主治の医師に、診療状況を示す文書を添えて紹介 | | |  | | 満たす | | 診療状況を示す文書(様式あり) | | | |
| 退院の理由が「病院、診療所、他の介護保険施設への入院・入所、死亡」ではない | | |  | | 満たす | |  | | | |
|  | 退院**前連携**加算  ＋５００単位 | | | 入院期間が1月以上の者の退院に先立って居宅介護支援事業者に対し、利用者の同意を得て介護状況を示す文書による情報提供をし、かつ、居宅サービス等の利用に関する調整を実施 | | |  | | 満たす | |  | | | |
| 退院の理由が「病院、診療所、他の介護保険施設への入院・入所、死亡」ではない | | |  | | 満たす | |  | | | |
| 連携を行った日、内容の記録の整備 | | |  | | 満たす | | 指導記録等 | | | |
|  | **訪問看護指示加算**  ＋３００単位 | | | 施設の医師が診療に基づき訪問看護等が必要であると認めた場合 | | |  | | 満たす | |  | | | |
| 本人の同意を得て訪問看護等の指示書を交付 | | |  | | あり | | 訪問看護指示書(様式あり) | | | |
| 指示書の写しの診療録の添付 | | |  | | あり | | 診療録等 | | | |
| **類型区分** | | **届出状況** | **点　検　項　目** | | **点　　検　　事　　項** | | | | **点　検　結　果** | | | | | | **備　考** | |
| 【病院】  【診療所】  【認知】 | |  | **低栄養リスク改善加算**  ＋３００単位/月 | | 栄養マネジメント加算を算定している | | | |  | | | 算定 | | |  | |
| 経口維持加算・経口移行加算を算定していない | | | |  | | | 非算定 | | |  | |
| 原則、入所時の栄養スクリーニングにより低栄養リスクが「高」に該当し、医師または歯科医師が低栄養状態改善の必要性があると指示を出している | | | |  | | | 該当 | | |  | |
| 月1回以上多職種共同で会議を行い、低栄養状態改善のための栄養管理方法を示した計画を作成 | | | |  | | | 会議開催  計画作成 | | | 栄養ケア計画と一体のもの | |
| 計画を入所者または家族に説明し、同意を得ている | | | |  | | | 該当 | | |  | |
| 週5回以上管理栄養士等が食事の様子を観察し、栄養状態、嗜好等を踏まえて食事の調整を実施 | | | |  | | | 実施 | | |  | |
| （原則として6月以内の算定） | | | |  | | | 該当 | | |  | |
| 褥瘡マネジメント加算を算定していない | | | |  | | | 非算定 | | |  | |
| 入院患者に関する基準に満たない場合の減算 | | | |  | | | 非該当 | | |  | |
| 【病院】  【診療所】  【認知】 | |  | **栄養マネジメント**  **加算**  ＋１４単位／日  （次頁へ続く） | | 常勤管理栄養士を１人以上配置  （同一敷地内に介護老人施設を併設している場合、双方を兼務している常勤の管理栄養士が適切に栄養ケア・マネジメントを行っている場合には、双方の施設において算定可能） | | | |  | | | 配置 | | | 兼務可能な種別  ・介護老人福祉施設  ・介護老人保健施設  ・介護療養型医療施設  ・介護医療院  ・地域密着型介護老人福祉施設 | |
| 定員、人員基準に適合 | | | |  | | | 満たす | | |  | |
| **類型区分** | | **届出状況** | **点　検　項　目** | | **点　　検　　事　　項** | | | | **点　検　結　果** | | | | | | **備　考** | |
| 【病院】  【診療所】  【認知】 | |  | **栄養マネジメント**  **加算**  （前頁からの続き） | | 医師、歯科医師、管理栄養士等が多職種協働で栄養ケア計画を作成 | | | |  | | | あり | | | 栄養ケア計画(参考様式) | |
| 入院患者又は家族等に対する計画の説明及び同意 | | | |  | | | あり | | |  | |
| 計画に基づく栄養管理及び栄養状態等を定期的に記録 | | | |  | | | あり | | | 栄養ケア提供経過記録(参考様式) | |
| 計画の進捗状況を定期的に評価、見直し  (リスク高）　　（栄養補給方法の変更者） | | | |  | | | ２週間ごとに実施 | | | 栄養ケアモニタリング(参考様式) | |
| 計画の進捗状況を定期的に評価、見直し  (リスク低） | | | |  | | | ３月ごとに実施 | | | 栄養ケアモニタリング(参考様式) | |
| 体重測定など栄養状態の把握 | | | |  | | | １回／月実施 | | |  | |
| 栄養スクリーニングの実施 | | | |  | | | ３月ごとに実施 | | | 栄養アセスメント | |
| 【病院】  【診療所】  【認知】 | |  | **経口移行加算**  ＋２８単位／日  （次頁へ続く） | | 定員、人員基準に適合 | | | |  | | | 満たす | | |  | |
| 経口による食事摂取のための栄養管理が必要との医師の指示 | | | |  | | | あり | | |  | |
| 誤嚥性肺炎防止のためのチェック | | | |  | | | あり | | |  | |
| 医師、管理栄養士等が多職種協同で経口移行計画を作成（栄養ケア計画と一体的に作成） | | | |  | | | あり | | | 栄養ケア計画(参考様式)を準用 | |
| 入院患者又は家族等に対する計画の説明及び同意 | | | |  | | | あり | | |  | |
| 計画に基づく栄養士による栄養管理の実施 | | | |  | | | 実施 | | |  | |
| 言語聴覚士又は看護職員による支援の実施 | | | |  | | | 実施 | | |  | |
| **類型区分** | | **届出状況** | **点　検　項　目** | | **点　　検　　事　　項** | | | | **点　検　結　果** | | | | | | **備　　考** | |
| 【病院】  【診療所】  【認知】 | |  | **経口移行加算**  （前頁からの続き） | | 計画作成同意日から起算して180日以内 | | | |  | | | 該当 | | |  | |
| 経口摂取が一部可能な者であって、180日を超える場合の医師の指示 | | | |  | | | あり | | |  | |
| 180日を超えて算定する場合の定期的な医師の指示 | | | |  | | | 2週間毎 | | |  | |
| 必要に応じて介護支援専門員を通じて、歯科医師への情報提供 | | | |  | | | 記録 | | |  | |
| 【病院】  【診療所】【認知】 | |  | **経口維持加算Ⅰ**  ＋４００単位／月  （次頁へ続く） | | 定員、人員基準に適合 | | | |  | | | 満たす | | |  | |
| 現に経口により食事を摂取する者で、摂食機能障害があり、水飲みテストや頸部聴診法等により誤嚥が認められ※、経口による継続的な食事摂取のための特別な管理が必要との医師の指示 | | | |  | | | あり | | | ※食事の摂取に関する認知機能障害により嚥下機能検査が困難な場合も含む | |
| 誤嚥等が発生した場合の管理体制（食事の中止、十分な排痰、医師又は歯科医師との緊密な連携等が迅速に行われる体制） | | | |  | | | あり | | |  | |
| 食形態の配慮等誤嚥防止のための適切な配慮 | | | |  | | | あり | | |  | |
| 医師、管理栄養士等が多職種共同で栄養管理のための食事観察及び会議の開催 | | | |  | | | あり | | | 記録 | |
| 医師、管理栄養士等が多職種協働で経口維持計画を作成 | | | |  | | | あり | | | 経口維持計画または栄養ケア計画を準用 | |
| 入所者又は家族等に対する計画の説明及び同意 | | | |  | | | あり | | |  | |
| 医師又は歯科医師※の指示を受けた管理栄養士又は栄養士が計画に基づく栄養管理を実施 | | | |  | | | 実施 | | | ※歯科医師が指示を行う場合、当該指示を受ける管理栄養士等が医師の指導を受けている場合に限る | |
| **類型区分** | | **届出状況** | **点　検　項　目** | | **点　　検　　事　　項** | | | | **点　検　結　果** | | | | | | **備　　考** | |
| 【病院】  【診療所】【認知】 | |  | **経口維持加算Ⅰ**  （前頁からの続き） | | 計画作成同意日から起算して６月以内 | | | |  | | | 該当 | | |  | |
| ６月を超える場合の医師または歯科医師の指示及び入所者の同意 | | | |  | | | あり | | |  | |
| ６月を超えて算定する場合の医師または歯科医師の指示 | | | |  | | | １月ごと | | |  | |
| 経口移行加算を算定していない | | | |  | | | 該当 | | |  | |
| 栄養マネジメント加算を算定している | | | |  | | | 該当 | | |  | |
| 【病院】  【診療所】【認知】 | |  | **経口維持加算Ⅱ**  ＋１００単位／月 | | 経口維持加算Ⅰを算定している | | | |  | | | 該当 | | |  | |
| 協力歯科医療機関を定めている | | | |  | | | 該当 | | |  | |
| 医師（配置医師を除く）、歯科医師、歯科衛生士又は言語聴覚士のいずれか1名以上が食事の観察及び会議等に加わっている | | | |  | | | 該当 | | |  | |
| 【病院】  【診療所】【認知】 | |  | **口腔衛生管理体制加算**  ＋３０単位／月 | | 歯科医師又は歯科医師の指示をうけた歯科衛生士が、介護職員に口腔ケアの技術的助言及び指導 | | | |  | | | 月１回以上 | | |  | |
| 歯科医師等の助言、指導に基づいた口腔ケア・マネジメントに係る計画の作成 | | | |  | | | 該当 | | | 施設計画 | |
| 口腔ケア・マネジメント計画には口腔ケアを推進するための課題、目標、具体的対策、留意事項等必要な事項が記載されている | | | |  | | | 該当 | | |  | |
| **類型区分** | | **届出状況** | **点　検　項　目** | | **点　　検　　事　　項** | | | | **点　検　結　果** | | | | | **備　　考** | | |
| 【病院】  【診療所】【認知】 | |  | **口腔衛生管理加算**  ＋９０単位／月 | | 口腔衛生管理**体制**加算を算定している | | | |  | | | 該当 | |  | | |
| 歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、入院患者に対し口腔ケアを実施 | | | |  | | | 月２回以上 | |  | | |
| サービス実施月に医療保険による訪問歯科衛生指導の実施の有無を入院患者又は家族に確認したうえで、サービス内容について説明し同意を得る | | | |  | | | 該当 | | ※ 訪問歯科衛生指導料が3回以上算定された日の属する月は、当該加算は算定不可 | | |
| 入院患者ごとに口腔に関する問題点、歯科医師からの指示の要点、歯科衛生士が実施した口腔ケアの方法等の記録を作成・保管するとともに、入院患者等に写しを提供 | | | |  | | | 該当 | | 口腔衛生管理に関する実施記録※青本P671（別紙様式3） | | |
| 歯科衛生士が（上記）口腔機能維持管理に関する記録を記入している | | | |  | | | 該当 | |  | | |
| 医療保険対応が必要になる場合、歯科衛生士は歯科医師及び施設介護職員に情報提供 | | | |  | | |  | |  | | |
| 管理栄養士又は栄養士による食事提供の管理 | | | |  | | | あり | |  | | |
| 入院患者の状況により適切な栄養量及び内容の食事提供 | | | |  | | | あり | |  | | |
| 【病院】  【診療所】【認知】 | |  | **療養食加算**  +６単位/１食 | | 定員、人員基準に適合 | | | |  | | | 満たす | |  | | |
| 疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事せんに基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する糖尿病食、腎臓病食、肝臓病食、胃潰瘍食、貧血食、膵臓病食、脂質異常症食、痛風食及び特別な場合の検査食の提供 | | | |  | | |  | |  | | |
| 療養食の献立の作成 | | | |  | | |  | | 療養食献立表 | | |
| **類型区分** | | **届出**  **状況** | **点　検　項　目** | | | **点　　検　　事　　項** | | | **点　検　結　果** | | | | **備　考** | | | |
| 【病院】  【診療所】【認知】 | |  | **在宅復帰支援機能**  **加算**  ＋１０単位/日 | | | 算定日の属する月の前6月間の退院者総数のうち在宅で介護を受けることとなった者(入院期間１月超)の割合が３割超 | | |  | | | ３割超 |  | | | |
| 退院日から30日以内に居宅を訪問し、又は居宅ケアマネから情報提供を受け、在宅生活が1月以上継続することの確認、記録 | | |  | | | あり |  | | | |
| 入院患者の家族との連絡調整 | | |  | | | あり |  | | | |
| 入院患者が希望する居宅介護支援事業者に対し、必要な情報提供、退院後の利用サービス調整 | | |  | | | あり | 介護状況を示す文書 | | | |
| 算定根拠等の関係書類の整備 | | |  | | | あり |  | | | |
| 【病院】  【診療所】 | |  | **認知症専門ケア加算Ⅰ**  　　　＋３単位／日 | | | 入院患者総数のうち介護を必要とする認知症者の対象者（日常生活自立度ランクⅢ以上の者である）の割合が５割以上 | | |  | | | 5割以上 |  | | | |
| 専門的な研修修了者※を、対象者の数が２０人未満の場合は１人以上、対象者が２０人以上の場合は、１に当該対象者が１９名を超えて１０又はその端数を増すごとに１を加えた人数を配置し、チームとしての専門的な認知症ケアの実施 | | |  | | | 該当 | ※認知症介護実践ﾘｰﾀﾞｰ研修 | | | |
| 従業者にケアの留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議を定期的に実施 | | |  | | | 該当 |  | | | |
| **類型区分** | | **届出**  **状況** | **点　検　項　目** | | | **点　　検　　事　　項** | | | **点　検　結　果** | | | | **備　　考** | | | |
| 【病院】  【診療所】 | |  | **認知症専門ケア加算Ⅱ**  　　　＋４単位／日 | | | 認知症専門ケア加算Ⅰの要件のいずれにも該当する | | |  | | | 該当 |  | | | |
| 指導に係る専門的な研修修了者※を１名以上配置し、事業所又は施設全体の認知症ケアの指導等を実施 | | |  | | | 実施 | ※認知症介護指導者研修 | | | |
| 介護職員、看護職員毎の研修計画の作成、実施 | | |  | | | 作成  実施 |  | | | |
| 【病院】  【診療所】 | |  | | **認知症行動・心理症状緊急対応加算**  ＋２００単位／日 | | 利用者又は家族の同意 | | |  | | | あり |  | | | |
| 退院に向けた施設サービス計画の策定 | | |  | | | あり |  | | | |
| 判断した医師名、日付及び利用開始に当たっての留意事項等の記録 | | |  | | | あり | 診療録等（認知症の症状・医師の判断の状況） | | | |
| 医師が判断した当日又は翌日から入院開始 | | |  | | | 7日を限度 |  | | | |
| 直前の状況が、病院・診療所の入院中、又は他の介護保険施設等の利用中ではない | | |  | | | 該当 |  | | | |
| 入院前１月の間に当該病院に入院したことがない又は過去１月の間に当該加算を算定したことがない | | |  | | | 該当 |  | | | |
| **類型区分** | | **届出**  **状況** | | 点検項目 | | **点検事項** | | | **点　検　結　果** | | | | **備　　　考** | | | |
| 【病院】  【診療所】【認知】 | |  | | **排せつ支援加算**  １００単位／月 | | 排泄に介護を要する利用者（注1）である | | |  | | | 該当 | 1. 要介護認定調査の「排尿」又は「排便」の項目が「全介助」又は「一部介助」である場合等。 2. 要介護認定調査の「排尿」又は「排便」の項目が「全介助」から「一部介助」以上に、又は「一部介助」から「見守り等」以上に改善することを目安。 3. 看護師が判断する場合は、当該判断について事前又は事後の医師への報告を要することとし、利用者の背景疾患の状況を勘案する必要がある場合等は、事前の医師への相談を要することとする。 | | | |
| 身体機能の向上や環境の調整等によって排泄に係る要介護状態を軽減できる（注2）と医師、又は適宜医師と連携した看護師（注3）が判断 | | |  | | | あり |
| 利用者が希望している | | |  | | | あり |
| 多職種が排泄に係る各種ガイドライン等を参考として、排泄に介護を要する原因等について分析 | | |  | | | あり |
| 分析結果を踏まえた支援計画の作成 | | |  | | | 作成 |
| 支援計画に基づいた支援 | | |  | | | 実施 |
| 【病院】  【診療所】【認知】 | |  | | **サービス提供体制強化加算（Ⅰ）イ**  　　　　＋１８単位／日 | | 介護職員の総数のうち介護福祉士の数６０％以上 | | |  | | | 60%以上 | 前年度の割合計算の記録は実地指導当日に確認します  ※前年度の実績が6ヶ月未満の場合、直近3ヶ月において加算要件を毎月継続的に満たすことを確認し、結果を記録 | | | |
| 定員、人員基準に適合 | | |  | | | 該当 |  | | | |
| **類型区分** | | **届出状況** | | **点検項目** | | **点　　検　　事　　項** | | | **点　検　結　果** | | | | **備　　考** | | | |
| 【病院】  【診療所】【認知】 | |  | | **サービス提供体制強化加算（Ⅰ）ロ**  ＋１２単位／日 | | 介護職員の総数のうち介護福祉士の数50％以上 | | |  | | | 50%以上 | 前年度の割合計算の記録は実地指導当日に確認します  ※前年度の実績が6ヶ月未満の場合、直近3ヶ月において加算要件を毎月継続的に満たすことを確認し、結果を記録 | | | |
| 定員、人員基準に適合 | | |  | | | 該当 |  | | | |
| 【病院】  【診療所】【認知】 | |  | | **サービス提供体制強化加算（Ⅱ）**  ＋６単位／日 | | 看護、介護職員の総数のうち常勤職員の数75％以上 | | |  | | | 75%以上 | 前年度の割合計算の記録は実地指導当日に確認します  ※前年度の実績が6ヶ月未満の場合、直近3ヶ月において加算要件を毎月継続的に満たすことを確認し、結果を記録 | | | |
| 定員、人員基準に適合 | | |  | | | 該当 |  | | | |
| 【病院】  【診療所】【認知】 | |  | | **サービス提供体制強化加算（Ⅲ）**  ＋６単位／日 | | 直接提供する職員総数のうち勤続3年以上の職員の割合が30％以上 | | |  | | | 30%以上 | 前年度の割合計算の記録は実地指導当日に確認します  ※前年度の実績が6ヶ月未満の場合、直近3ヶ月において加算要件を毎月継続的に満たすことを確認し、結果を記録 | | | |
| 定員、人員基準に適合 | | |  | | |  |  | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **類型区分** | **届出状況** | **点　検　項　目** | **点　　検　　事　　項** | **点　検　結　果** | | **備　　考** |
| 【病院】  【診療所】【認知】 |  | **介護職員処遇改善加算**  **（Ⅰ）**  （月額３万７千円相当）  （次頁に続く） | 1. 介護職員の賃金改善（退職手当を除く）に要する費用見込額が、この加算の算定見込額を上回る賃金改善計画を策定し、適切な措置を講じている |  | 該当 | 介護職員処遇改善計画書には、賃金改善に関する計画並びに当該計画に係る実施期間及び実施方法その他の介護職員の処遇改善の計画等を記載 |
| ②加算の算定額に相当する賃金改善を実施 |  | 該当 |
| ③介護職員処遇改善計画書を作成し、全ての介護職員に周知し、知事等に届出をしている  （※４月から算定する場合は、原則２月末までに届出） |  | 周知かつ  届出 |
| ④　事業者において、事業年度ごとに介護職員の処遇改善に関する実績（介護職員処遇改善実績報告書）を知事等に報告している  ア　介護職員以外を対象に含めていない  イ　加算総額は国保連から通知された金額と原則一致している  ウ　賃金改善額は賃金台帳等の金額と一致している |  | 実績報告書の数字と一致  ・国保連の加算額通知書（月毎）  ・賃金改善額明細書(事業所別、個人別）  ・賃金台帳等元帳 | 年度の最終加算の支払のあった月の翌々月末（通常は７月末）までに実績報告を提出 |
| ⑤算定日が属する月の前12月間において、労働基準法、労働者災害補償保険法、最低賃金法、労働安全衛生法、雇用保険法その他の労働に関する法令に違反し、罰金以上の刑に処せられていない |  | 該当 |  |
| ⑥当該事業者において、労働保険料の納付が適正に行われている |  | 該当 | 保険料納付書等 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **類型区分** | **届出状況** | **点 検 項 目** | **点 検 事 項** | **点検結果** | | **備　考** |
| 【病院】【診療所】  【認知】 |  | **介護職員処遇改善加算**  **（Ⅰ）**  （前頁からの続き） | ⑦次に掲げる基準のいずれにも適合する |  | (一)～（三）に適合 | キャリアパス要件 |
| (一)　次に掲げる要件の全てに適合する  ａ 介護職員の任用の際における職責又は職務内容等の要件（介護職員の賃金に関するものを含む。）を定めている  ｂ ａの要件について書面をもって作成し、全ての介護職員に周知している |  | ａ　任用要件と賃金体系を定めている  ｂ　書面作成及び周知している | 就業規則等の根拠規定 |
| （ニ）次に掲げる要件のa又はb、及びｃに適合する  ａ 資質向上のための計画に沿って研修機会の提供又は技術指導の実施並びに介護職員の能力評価を行っている  ｂ 資格取得のための支援をしている  ｃ　ａ又はｂについて、全ての介護職員に周知している |  | ａ　計画策定、研修実施（機会確保と能力評価）  ｂ　計画策定・支援実施  ｃ　周知している | 記録  記録  記録 |
| （三）次に掲げる要件の全てに適合する  a　経験・ 資格・評価のいずれかに応じた昇給の仕組みがある  ｂ ａの要件について書面で整備し、全ての介護職員に周知している | 経験  資格  評価 | a左記のうち該当の昇給の仕組みに○を | 就業規則等の根拠規定 |
|  | ｂ　書面整備及び周知している |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **類型区分** | **届出状況** | **点 検 項 目** | **点 検 事 項** | **点検結果** | | **備　考** |
| 【病院】【診療所】  【認知】 |  | **介護職員処遇改善**  **加算（Ⅰ）**  （前頁からの続き） | ⑧平成27年4月から ③の届出の日の属する月の前月までに実施した介護職員の処遇改善（賃金改善を除く。）の内容（職場環境等要件）及び当該介護職員の処遇改善に要した費用を全ての介護職員に周知している |  | 内容・費用を全介護職員に周知 | 職場環境等要件を介護職員に周知した記録 |
|  | **介護職員処遇改善加算（Ⅱ）**  （月額２万７千円相当） | 介護職員処遇改善加算（Ⅰ）の①から⑦の（一）及び（二）に適合 |  | （Ⅰ）の頁でもチェックしてください |  |
| ⑧平成27年4月から ③の届出の日の属する月の前月までに実施した介護職員の処遇改善（賃金改善を除く。）の内容（職場環境等要件）及び当該介護職員の処遇改善に要した費用を全ての介護職員に周知している |  | 内容・費用を全介護職員に周知 | 職場環境等要件を介護職員に周知した記録 |
|  | **介護職員処遇改善加算（Ⅲ）**  （月額１万５千円相当） | 介護職員処遇改善加算（Ⅰ）の①から⑥に適合し、⑦の（一）又は（二）のいずれかに適合 |  | （Ⅰ）の頁でもチェックしてください |  |
| ⑧’ 平成20年10月から ③の届出の日の属する月の前月までに実施した介護職員の処遇改善の内容（賃金改善に関するものを除く。）及び当該介護職員の処遇改善に要した費用を全ての介護職員に周知している |  | 内容・費用を全介護職員に周知 | 職場環境等要件を介護職員に周知した記録 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **類型区分** | **届出状況** | **点 検 項 目** | **点 検 事 項** | **点検結果** | | **備　考** |
| 【病院】【診療所】  【認知】 |  | **介護職員処遇改善加算（Ⅳ）**  …　(Ⅲ)の90/100 | 介護職員処遇改善加算（Ⅰ）の①から⑥に適合し、  （Ⅰ）の⑦の（一）又は（二）、もしくは（Ⅲ）の⑧’のいずれかに適合 |  | （Ⅰ）、（Ⅲ）の頁でもチェックしてください | 【介護報酬総単位×サービス別加算率】(単位未満の端数四捨五入)×【0.8　か0.9】(単位未満の端数四捨五入)×【１単位の単価】（１円未満端数切捨て） |
|  | **介護職員処遇改善加算（Ⅴ）**  …　(Ⅲ)の80/100 | 介護職員処遇改善加算（Ⅰ）の①から⑥に適合する |  | （Ⅰ）の頁でもチェックしてください |
|  | **介護職員処遇改善加算**  【共　通】 | 変更事由※に該当する場合に「変更届」を提出している |  | 提出・該当なし | ※介護保険最新情報Vol.775 P11～12 |
| 事業継続のための特別事情※に該当するため、「特別な事情に係る届出書」を提出した上で、介護職員の賃金水準を引き下げた |  | 提出・該当なし | ※介護保険最新情報Vol.775 P12 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 届出状況 | 点 検 項 目 | 点 検 事 項 | 点 検 結 果 | | 備考 |
|  | 介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）  【次頁に続く】 | 1. 介護職員等の賃金改善（退職手当を除く）に要する費用見込額が、この加算の算定見込額を上回る賃金改善計画を策定し、適切な措置を講じている |  | 該当 | 介護職員等特定処遇改善計画書には、賃金改善に関する計画並びに当該計画に係る実施期間及び実施方法その他の介護職員等の処遇改善の計画等を記載 |
| 1. 加算の算定額に相当する賃金改善を実施 |  | 該当 |
| 1. 介護職員等特定処遇改善計画書を作成し、全ての職員に周知し、知事等に届出をしている   （※４月から算定する場合は、原則２月末までに届出） |  | 周知かつ届出 |
| 1. 事業者において、事業年度ごとに介護職員等の特定処遇改善に関する実績（介護職員等特定処遇改善実績報告書）を知事等に報告している   ア　加算総額は国保連から通知された金額と原則一致している  イ　賃金改善額は賃金台帳等の金額と一致している |  | 実績報告書の数字と一致  ・国保連の加算額通知書（月毎）  ・賃金改善額明細書(事業所別、個人別）  ・賃金台帳等元帳 | 年度の最終加算の支払のあった月の翌々月末（通常は７月末）までに実績報告を提出 |
| 1. 算定日が属する月の前12月間において、労働基準法、労働者災害補償保険法、最低賃金法、労働安全衛生法、雇用保険法その他の労働に関する法令に違反し、罰金以上の刑に処せられていない |  | 該当 |  |
| 1. 当該事業者において、労働保険料の納付が適正に行われている |  | 該当 | 保険料納付書等 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 届出状況 | 点 検 項 目 | 点 検 事 項 | 点 検 結 果 | | 備考 |
|  | 介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）  【前頁からの続き】  【次頁に続く】 | 1. 配分対象と配分方法 |  |  |  |
| （一）　賃金改善の対象となるグループ  介護職員等特定処遇改善加算（以下「特定加算」という。）による賃金改善を行うに当たり、経験・技能のある介護職員を定義した上で、介護サービス事業所等に従事する全ての職員を以下のグループに割り振っている。  a 経験・技能のある介護職員  介護福祉士であって、経験・技能を有する介護職員と認められる者をいう。  具体的には、  　　　・介護福祉士の資格を有する者  　　　・所属する法人等における勤続年数10年以上の介護職員を基本としつつ、他の法人における経験や、当該職員の業務や技能等を踏まえ、各事業者の裁量で設定することとする。  ｂ 他の介護職員  　　　　経験・技能のある介護職員を除く介護職員  　 ｃ　 その他の職種  介護職員以外の職員  （二）　事業所における配分方法  実際の配分に当たっては、一ａ～ｃそれぞれにおける平均賃金改善額等について、以下のとおりとすること。 |  | 該当を○で囲む  aのみ実施  a及びｂを実施  abc全て実施 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 届出状況 | 点 検 項 目 | 点 検 事 項 | 点 検 結 果 | | 備考 |
|  | 介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）  【前頁からの続き】  【次頁に続く】 | この場合、二ａ～ｃ内での一人ひとりの賃金改善額は、柔軟な設定が可能であること。  ａ 経験・技能のある介護職員のうち１人以上は、賃金改善に要する費用の見込額が月額平均８万円（賃金改善実施期間における平均とする。以下同じ。）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（現に賃金が年額440 万円以上の者がいる場合にはこの限りでない）。ただし、以下の場合など例外的に当該賃金改善が困難な場合は合理的な説明を求めることとすること。  ・ 小規模事業所等で加算額全体が少額である場合  ・ 職員全体の賃金水準が低い事業所などで、直ちに一人の賃  金を引き上げることが困難な場合  ・ ８万円等の賃金改善を行うに当たり、これまで以上に事業所  内の階層・役職やそのための能力・処遇を明確化することが必要になるため、規程の整備や研修・実務経験の蓄積などに一定期間を要する場合  ｂ 当該事業所における経験・技能のある介護職員の賃金改善に要する費用の見込額の平均が、他の介護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。  ｃ 他の介護職員の賃金改善に要する費用の見込額の平均が、その他の職種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、その他の職種の平均賃金額が |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 届出状況 | 点 検 項 目 | 点 検 事 項 | 点 検 結 果 | | 備考 |
|  | 介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）  【前頁からの続き】  【次頁に続く】 | 他の介護職員の平均賃金額を上回らない場合はこの限りでないこと。  ｄ その他の職種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（賃金改善前の賃金がすでに年額440 万円を上回る場合には、当該職員は特定加算による賃金改善の対象とならない）。 |  |  |  |
| 1. 平成20年10月から③の届出の日の属する月の前月までに実施した処遇改善（賃金改善を除く。）の内容を全ての職員に周知していること。この処遇改善については、複数の取組を行っていることとし、「資質の向上」、「労働環境・処遇の改善」及び「その他」の区分ごとに１以上の取組を行うこと。 |  | 該当 | 職場環境等要件 |
| 1. サービス提供体制強化加算の最も上位の区分（訪問介護にあっては特定事業所加算（（Ⅰ）又は（Ⅱ）、特定施設入居者生活介護等にあってはサービス提供体制強化加算（Ⅰ）イ又は入居継続支援加算、介護老人福祉施設等にあってはサービス提供体制強化加算（Ⅰ）イ又は日常生活継続支援加算）を算定していること。 |  | 該当 | 介護福祉士の配置等要件 |
| 1. 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)から（Ⅲ）までのいずれかを算定していること。 |  | 該当 | 処遇改善加算要件 |
| 1. 特定加算に基づく取組について、ホームページへの掲載等により公表していること。 |  | 該当 | 見える化要件 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 届出状況 | 点 検 項 目 | 点 検 事 項 | 点 検 結 果 | | 備考 |
|  | 介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）  【前頁からの続き】 | 具体的には、介護サービスの情報公表制度を活用し、特定加算の取得状況を報告し、賃金以外の処遇改善に関する具体的な取組内容を記載していること。  当該制度における報告の対象となっていない場合等には、各事業者のホームページを活用する等、外部から見える形で公表していること。  なお、当該要件については2020 年度より算定要件とすること。 |  |  |  |
|  | 介護職員等特定処遇改善加算（Ⅱ） | 介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）の①から⑧及び⑩から⑪に適合 |  | （Ⅰ）の頁にもチェックしてください |  |
|  | 介護職員等特定処遇改善加算  【共　通】 | 変更事由※に該当する場合に「変更届」を提出している |  | 提出　・　該当なし | ※介護保険最新情報Vol.775 P11～12 |
| 事業継続のための特別事情※に該当するため、「特別な事情に係る届出書」を提出した上で、介護職員の賃金水準を引き下げた |  | 提出　・　該当なし | ※介護保険最新情報Vol.775 P12 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **区分** | **届出状況** | **点 検 項 目** | **点 検 事 項** | **点 検 結 果** | | **備考** |
|  |  | **非常災害対策**  **（義務）**  ※2　水害や土砂災害が発生するおそれがある場合における利用者の円滑かつ迅速な避難の確保を図るために必要な次の事項を定めた計画  防災体制、避難誘導、施設の整備、防災教育及び訓練、自営水防組織の業務（水防法に基づき組織を置く場合） | ① 消火設備その他非常災害に必要な設備として、消防法、建築基準法に規定された設備を確実に設置している |  | 設置している | 防火管理者の配置、自動火災報知設備、誘導灯の設置、等 |
| ② 非常災害に関する具体的計画【消防計画及び地震等の災害に対処するための計画】を策定している |  | 策定している | 防火管理者又は防火管理の責任者が策定する |
| ③ 非常災害時の地域の消防機関への通報体制を整備している |  | 整備している |  |
| ④　非常災害計画の内容を従業者に周知している |  | 周知している |  |
| ⑤ 定期的に避難、救出その他必要な訓練を行っている |  | 行っている |  |
| ⑥　浸水想定区域や土砂災害警戒区域内に位置している要配慮者利用施設である※1　⇒該当の場合⑦⑧も回答 |  | 該当 | 【水防法・土砂災害防止法改正Ｈ29.6.19】  ※1各市町村地域防災計画を確認すること |
| ⑦　水害や土砂災害からの避難確保計画※2を作成し、市町村に報告している　（報告年月日　　　　　　　　　　　　　） |  | 報告している |
| ⑧　⑦の避難確保計画に基づき避難訓練を実施している |  | 実施している |
| **非常災害対策**  **（努力義務）** | ⑨ 非常災害時の利用者の安全及び適切な処遇の確保を図るため、市町村、介護保険施設、地域住民等との連携協力の体制を整備している |  | 整備している |  |
| ⑩　その他  耐震診断※、耐震改修、机・ロッカー等の補強措置。非常災害時持ち出し品、備蓄品の整備。防災教育　など |  | 実施している内容 | ※昭和56年5月末までは旧耐震基準、昭和56年6月以降に建てられた建物は新耐震基準の適用 |
|  | **防犯対策** | 不審者の侵入に備えて防犯対策をしている |  | 対策の内容 | |

**＜特定診療費＞**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **届出状況** | **点 検 項 目** | **点 検 事 項** | **点 検 結 果** | | **備　　考** |
|  | **感染対策指導管理**  ＋６単位／日 | メチシリン耐性黄色ブドウ球菌等の感染防止設備及び十分な体制を整備し、常時感染対策を実施 |  | 整備 |  |
| 院内感染防止対策委員会を設置 |  | あり |  |
| 院内感染防止対策委員会を月1回程度定期的に開催 |  | あり |  |
| 院内感染防止対策委員会の構成員が病院長(診療所長）、看護部長、薬剤部門の責任者、検査部門の責任者、感染症対策に関し相当の経験を有する医師等の職員 |  | 該当 |  |
| 感染情報レポートを週1回程度作成し、院内感染防止対策委員会での十分な活用体制をとっている |  | 該当 |  |
|  | **褥瘡対策指導管理**  ＋６単位／日 | 褥瘡対策にかかる選任の医師、看護職員から構成される褥瘡対策チームを設置 |  | あり |  |
| 日常生活自立度の判定基準がＢ以上の利用者に対し褥瘡対策に関する診療計画を作成し、常時実施 |  | 計画の作成・実施 |  |
| 利用者の状態に応じて、体圧分散式マットレス等を適切に選択し使用する体制 |  | あり |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **届出状況** | **点 検 項 目** | **点 検 事 項** | **点 検 結 果** | | **備　　考** |
|  | **初期入院診療管理**  ＋２５０単位 | 医師、看護師等関係職種が共同で入院診療計画書※を策定し入院後２週間以内に説明し、入院患者又は家族の同意を得る |  | あり | ※病名、症状、検査内容・日程、リハビリ内容・日程等総合的診療計画 |
| 過去３月以内の当該施設への入院(認知症自立度判定基準Ⅲ以上は１月以内) |  | なし |  |
| 入院中1回(診療方針に重要な変更があった場合は２回)以内の算定 |  | あり |  |
| 同一医療機関の転床（医療保険適用⇒介護保険適用）ではない |  | 転床ではない |  |
|  | **重度療養管理**  ＋１２５単位／日 | 要介護４又は５に該当する利用者 |  | 該当 |  |
| 1日あたり８回以上の喀痰吸引を実施している日が月20日を超える |  | 該当 | 青本P926 |
| 1週間以上人工呼吸又は間歇的腸圧呼吸 |  | 該当 | 〃 |
| 中心静脈注射を実施し、かつ強心薬等薬剤を24時間以上持続投与 |  | 該当 | 〃 |
| 人工腎臓を週２日以上実施し、かつ重篤な合併症がある |  | あり | 〃 |
| 常時心電図、血圧、動脈血酸素飽和度のいずれかを含むモニタリングを実施 |  | 該当 | 〃  重篤な心機能障害、呼吸障害等により常時モニター測定 |
| 膀胱又は直腸の機能障害程度が４級以上でストーマの処置を実施 |  | 該当 |  |
| 当該処置を行った日、処置の内容等を診療録に記載 |  | あり |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **届出状況** | **点 検 項 目** | | | **点 検 事 項** | **点 検 結 果** | | | | **備　　考** |
|  | **特定施設管理**  ＋２５０単位／日  個室　＋300単位/日加算  2人部屋　＋150単位/日加算 | | | 後天性免疫不全症候群の病原体に感染している利用者 |  | | | 該当 |  |
| 個室又は２人部屋でサービスを提供 |  | | | 該当 |  |
|  | **重症皮膚潰瘍管理**  **指導**  ＋１８単位／日 | | | 褥瘡対策指導管理の基準を満たしている |  | | | 該当 |  |
| 皮膚泌尿器科、皮膚科又は形成外科を標榜している病院又は診療所である |  | | | 該当 |  |
| 皮膚泌尿器科、皮膚科又は形成外科を担当する医師が重症皮膚潰瘍管理を行っている |  | | | 該当 |  |
| Ｓｈｅａの分類Ⅲ度以上の利用者 |  | | | 該当 |  |
| 皮膚潰瘍のＳｈｅａの分類、治療内容等を診療録に記載 |  | | | あり |  |
|  | **薬剤管理指導**  ＋３５０単位／回 | | | 常勤の薬剤師を２名以上配置 |  | | | あり |  |
| 医薬品情報管理室を有し、常勤の薬剤師を１名以上配置 |  | | | あり |  |
| 利用者ごとに薬剤管理指導記録を作成し、記録に基づき直接服薬指導 |  | | | あり |  |
| 週１回かつ算定する日の間隔が６日以上  【月4回まで算定】 |  | | | 満たしている |  |
|  | ＋５０単位加算 | | 麻薬を投与している利用者に対する薬学的管理指導 |  | | | あり |  |
| **届出状況** | **点 検 項 目** | | | **点 検 事 項** | **点 検 結 果** | | | | **備　　考** |
|  | **医学情報提供**  （Ⅰ）２２０単位  （Ⅱ）２９０単位 | | | 利用者の退所時に診療に基づき診療状況を示す文書を添えて病院等に紹介 |  | | あり | | (Ⅰ)　診療所→診療所  病院→病院  (Ⅱ)　診療所→病院  病院→診療所 |
| １退院につき１回 |  | | 満たしている | |
|  | **リハビリテーション**  **共通**  （理学療法、作業療法、言語聴覚療法、集団コミュニケーション療法、摂食機能療法） | | | 医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等の多職種協働による入所者ごとに計画作成。 |  | | あり | | リハビリテーション実施計画 |
| 計画に従い、医師、医師の指示を受けた理学療法士等の指導のもと、リハビリを実施、入所者の状態を定期的に記録。 |  | | あり | | 記録 |
| 入所者ごとの計画の進捗状況を定期的に評価、見直し、内容を利用者等に説明し同意を得ている |  | | あり | | 記録 |
| 医師、理学療法士等が看護職員等に対し日常生活や介護の工夫等の留意点の情報伝達を行っている |  | | あり | | 伝達記録 |
|  | **理学療法共通** | | | 利用者1人につき1日3回までを算定  （作業療法及び言語聴覚療法と合わせ1日4回限度） |  | | 満たしている | | （理学療法Ⅰは県高齢福祉課への届出必要。） |
| 利用開始日から4月を超えた期間では1月に合計11回目以降については70/100を算定 |  | | 該当 | |  |
| **届出状況** | **点 検 項 目** | | | **点 検 事 項** | **点 検 結 果** | | | | **備　　考** |
|  | **理学療法Ⅰ**  ＋１２３単位／回  （厚生労働大臣が定める施設基準に適合） | | | 専任の常勤医師及び専従の常勤ＰＴがそれぞれ１名以上勤務 |  | あり | | |  |
| 【病院の場合】１００㎡以上の専用施設を有する  【診療所の場合】４５㎡以上の専用施設を有する |  | あり | | |  |
| 専用の器械・器具を具備 |  | あり | | |  |
| リハビリテーションに関する記録(実施時間、訓練内容、担当者等)を利用者ごとに保管、常に医療従業者が閲覧可能 |  | あり | | |  |
| ＰＴと利用者が個別(1対１)に20分以上訓練を実施 |  | 該当 | | |  |
| 開始時及びその後３か月に１回以上利用者に対し理学療法実施計画（リハビリテーション実施計画でも可）の内容を説明し、その内容の要点を診療録に記載 |  | あり | | |  |
| 短期入所療養介護を行う病棟で日常動作訓練の加算（300単位/月）を算定 |  | あり | | | 短期入所療養介護の利用確認 |
|  | | ＋３５単位／回 | 専従のＰＴ2名以上配置 |  | 2名以上配置あり | | |  |
|  | **理学療法Ⅱ**  **（施設基準に適合しない）**  ＋７３単位／回 | | | あん摩マッサージ師等ＰＴ以外の従業者※と利用者が個別（1対1）に20分以上訓練を実施 |  | あり | | | ※介護職員は不可 |
| 個別訓練の内容  （機械器具を用いた機能訓練、水中機能訓練、温熱療法、マッサージ等を組み合わせた機能訓練） |  | 該当 | | |  |
| リハビリテーションに関する記録(実施時間、訓練内容、担当者等)が利用者ごとに保管 |  | 該当 | | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **届出状況** | **点 検 項 目** | | **点 検 事 項** | **点 検 結 果** | | **備　　考** |
|  | **作業療法**  ＋１２３単位／回 | | 専任の常勤医師及び専従の常勤ＯＴがそれぞれ１名以上勤務 |  | あり |  |
| 75㎡以上の専用施設を有する |  | あり |  |
| 専用の器械・器具を具備 |  | あり |  |
| リハビリテーションに関する記録(実施時間、訓練内容、担当者等)が利用者ごとに保管 |  | あり |  |
| ＯＴと利用者が個別に20分以上訓練を実施 |  | 該当 |  |
| 開始時及びその後３か月に１回以上利用者に対し作業療法実施計画（リハビリテーション実施計画でも可）の内容を説明し、その内容の要点を診療録に記載 |  | あり |  |
| 利用者1人につき1日3回までを算定  （理学療法及び言語聴覚療法と合わせ1日4回限度） |  | 満たしている |  |
| 利用開始日から4月を超えた期間では1月に合計11回目以降については70/100を算定 |  | 該当 |  |
| 短期入所療養介護を行う病棟で日常動作訓練の加算（300単位/月）を算定 |  | あり | 短期入所療養介護の利用確認 |
|  | ＋３５単位／回 | 専従のＯＴ　2名以上配置 |  | 2名以上配置あり |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **届出状況** | **点 検 項 目** | | **点 検 事 項** | **点 検 結 果** | | **備　　考** |
|  | **言語聴覚療法**  ＋２０３単位／回 | | 原因疾患が失語症、構音障害、難聴に伴う聴覚・言語機能の障害又は人工内耳埋込術後等の言語聴覚機能障害である |  | 該当 |  |
| 専任の常勤医師及び専従の常勤ＳＴがそれぞれ１名以上勤務 |  | あり |  |
| 8㎡以上の専用の個別療法室を有する |  | あり |  |
| 必要な器械・器具を具備 |  | あり |  |
| リハビリテーションに関する記録(実施時間、訓練内容、担当者等)が利用者ごとに保管 |  | あり |  |
| ＳＴと利用者が個別に20分以上訓練を実施 |  | 該当 |  |
| 開始時及びその後３か月に１回以上利用者に対し言語聴覚療法（リハビリテーション実施計画でも可）実施計画の内容を説明し、その内容の要点を診療録に記載 |  | あり |  |
| 利用者1人につき1日3回までを算定  （理学療法及び作業療法と合わせ1日4回限度） |  | 満たしている |  |
| 利用開始日から4月を超えた期間では1月に合計11回目以降については70/100を算定 |  | 該当 |  |
|  | ＋３５単位／回 | 専従のＳＴ　2名以上配置 |  | 2名以上配置あり |  |
|  | **摂食機能療法**  ＋２０８単位／日 | | リハビリテーションに関する記録(実施時間、訓練内容、担当者等)が利用者ごとに保管 |  | あり |  |
| 診療計画書に基づき医師等又は医師等の指示を受けたＳＴ又は看護師等と利用者が個別に30分以上訓練を実施 |  | 該当 |  |
| 利用者1人につき1日1回まで、１月に4回までを算定 |  | 満たしている |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **届出状況** | **点 検 項 目** | **点 検 事 項** | **点 検 結 果** | | **備　　考** |
|  | **集団コミュニケーション療法**  ＋５０単位／回 | 原因疾患が失語症、構音障害、難聴に伴う聴覚・言語機能の障害又は人工内耳埋込術後等の言語聴覚機能障害である |  | 該当 |  |
| 専任の常勤医師1名以上、利用者数等に対し常勤専従の言語聴覚士1名以上が適切に配置 |  | 満たしている |  |
| 医師による定期的な能力検査、効果判定、計画作成、3ヶ月に1回以上患者に説明、診療録に記載 |  | 満たしている |  |
| 車椅子等使用の利用者の安全な出入り、遮音等に配慮した専用の集団コミュニケーション療法室【８㎡以上】と、必要な器具・器械（簡易聴力スクリーニング検査機器、音声録音再生装置、発声発語検査機器等）を具備 |  | 満たしている |  |
| （失語症、構音障害等の）患者に対して集団で言語機能または聴覚機能にかかる訓練を行った場合 |  | 満たしている |  |
| 利用者1人につき1日3回までを算定 |  | 満たしている |  |
|  | **短期集中リハビリテーション**  ＋２４０単位／日 | 理学療法、作業療法、言語聴覚療法、摂食機能療法を算定していない |  | 算定なし |  |
| 入院(起算)日から３月以内に集中的に実施 |  | 満たす |  |
| 実施回数 |  | 概ね週３回以上 |  |
| 過去３月以内に当該施設に入院していない |  | 入院なし |  |
|  | **認知症短期集中**  **リハビリテーション**  ＋２４０単位／日  　（次頁へ続く） | 精神科医、神経内科医または認知症リハの専門の研修を受けた医師が、生活改善を見込んだ認知症患者（ＭＭＳＥ又はＨＤＳ－Ｒ　５～２５点に相当）に対して、リハ実施計画に基づき医師、理学療法士等が記憶の訓練等のプログラムを実施 |  | 満たす |  |
| リハ担当の理学療法士等が適切に配置 |  | 満たす |  |
| 過去３月以内に当該加算を算定していない |  | 算定なし |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **届出状況** | **点 検 項 目** | **点 検 事 項** | **点 検 結 果** | | **備　　考** |
|  | （前頁の続き）  **認知症短期集中リハビリテーション** | 入院(起算)日から３月以内に集中的に実施 |  | 満たす |  |
| 1対1の個別のリハ1回20分以上を実施 |  | 算定は週３回まで |  |
|  | **精神科作業療法**  ＋２２０単位／日 | 精神科を担当する医師の指示の下に専従のＯＴが最低１名以上勤務 |  | あり |  |
| 1名のＯＴが1名以上の助手とともに実施 |  | 該当 |  |
| 1名のＯＴに対し利用者1日75人（1単位25人×3単位）以内を標準 |  | 満たしている |  |
| ＯＴ1名に対し75㎡以上を基準とした専用施設を有する |  | あり |  |
| 専用の器械・器具を具備 |  | あり |  |
| 実施時間が患者1人当たり1日に2時間を標準 |  | 満たしている |  |
| 作業療法を実施した場合、その要点を利用者の診療録に記載 |  | あり |  |
|  | **認知症老人入院精神療法**  ＋３３０単位／週 | 1名の精神科担当医師及び1名の臨床心理技術者等合計2名以上が実施 |  | 該当 | 回想法  Ｒ・Ｏ・法 |
| 1回に概ね10人以内の患者を対象に1時間を標準 |  | 満たしている |  |
| 実施に要した内容、要点及び時刻を診療録等に記載 |  | あり |  |