様式１
サービス名　地域密着型介護老人福祉施設

ユニットケア体制（及び夜間勤務条件基準）チェック表

事業所番号　46　　事業所名

項目（算定要件）	適否
日中においては1ユニットごとに常時1人以上の看護職員又は介護職員を配置していますか。	はい・いいえ
→1ユニットごとの介護職員（又は看護職員）の配置がわかる勤務形態一覧表を添付していますか。	はい・いいえ
夜間及び深夜については、2ユニットごとに1人以上の看護職員又は介護職員を配置していますか。	はい・いいえ
→2ユニットごとの介護職員（又は看護職員）の配置がわかる勤務形態一覧表を添付していますか。	はい・いいえ
ユニットごとに常勤のユニットリーダーが配置されていますか。	はい・いいえ
→1ユニットごとの介護職員（又は看護職員）の配置がわかる勤務形態一覧表を添付していますか。	はい・いいえ
→勤務形態一覧表において、ユニットリーダーは常勤（AもしくはB）ですか。	はい・いいえ
→ユニットリーダー研修を受講した従業者を2名以上配置していますか。	はい・いいえ
→ユニットリーダー研修修了証を添付していますか。	はい・いいえ
→ユニットリーダーに〇を付していますか。	はい・いいえ

様式２
サービス名　地域密着型介護老人福祉施設

身体拘束廃止取組の有無チェック表

事業所番号　46　　**事業所名**

項目（算定要件）	適否
入所者又は他の入所者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他入所者の行動を制限する行為を行っていませんか。	はい・いいえ
→以下の三要件を満たしていますか。 ①切迫性・・・本人又は他の入所者の生命又は身体が危険にさらされる可能性が著しく高いこと。 ②非代替性・・・身体拘束その他の行動制限を行う以外に代替する介護方法がないこと。 ③一時性・・・身体拘束その他の行動制限が一時的なものであること。	はい・いいえ
やむを得ず身体拘束その他入所者の行動を制限する行為を行う場合には、その態様及び時間、その際の入所者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録していますか。	はい（若しくは該当なし） ・ いいえ
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回以上開催していますか。	はい・いいえ
身体的拘束適正化のための指針を整備していますか。	はい・いいえ
介護職員その他の従業者に対し、身体拘束等の適正化のための研修を定期的（年2回以上）に実施していますか。	はい・いいえ
解釈通知（老企第40号）の内容を理解し、当該通知内容に沿ったサービスの提供を行っていますか。	はい・いいえ

様式３－１

サービス名　地域密着型介護老人福祉施設　　【従来型施設専用】

日常生活継続支援加算（Ⅰ）チェック表

事業所番号　46　　**事業所名**

項目（算定要件）	適否
次の**いずれか**に該当しますか。 ①前6月間又は12月間における新規入所者の総数のうち、要介護状態区分が要介護4又は要介護5の者の占める割合が100分の70以上 ②前6月間又は12月間における新規入所者の総数のうち、日常生活に支障をきたすおそれのある症状又は行動が認められることから介護を必要とする認知症である者の占める割合が100分の65以上 ③社会福祉士及び介護福祉士法施行規則(昭和62年厚生省令第49号)第1条各号に掲げる行為※を必要とする者の占める割合が入所者の100分の15以上（※：口腔内の喀痰吸引、鼻腔内の喀痰吸引、気管カニューレ内部の喀痰吸引、胃ろう又は腸ろうによる経管栄養及び経鼻経管栄養）	はい・いいえ
①　②	
前6月間の・前12月間の　新規入所者の総数　　名（a） ①(a)のうち要介護4又は5の者　　名 ⇒ （a）に占める割合　　（%） ②(a)のうち認知症である者　　名 ⇒ （a）に占める割合　　（%）	
③	
入所者の総数（前3月の末日時点合計人数）　　名（b） ③喀痰吸引等が必要な者(前3月の末日時点合計人数)　　名 ⇒ （b）に占める割合　　（%）	
介護福祉士を常勤換算方法で入所者の数が6又はその端数を増すごとに1以上配置していますか。 入所者の数　　名÷6＝　　（小数点以下切り上げ）≦介護福祉士の員数（前3月平均）　　人 前3月の介護福祉士の常勤換算後の員数　3月前　　人　2月前　　人　1月前　　人	はい・いいえ
解釈通知の内容を理解し、当該通知内容に沿った加算サービスの提供を行っていますか。	はい・いいえ

様式３－２
サービス名　地域密着型介護老人福祉施設　　【ユニット型施設専用】

日常生活継続支援加算（Ⅱ）チェック表

事業所番号　46　　**事業所名**

項目（算定要件）	適否
次の**いずれか**に該当しますか。 ①前6月間又は12月間における新規入所者の総数のうち、要介護状態区分が要介護4又は要介護5の者の占める割合が100分の70以上 ②前6月間又は12月間における新規入所者の総数のうち、日常生活に支障をきたすおそれのある症状又は行動が認められることから介護を必要とする認知症である者の占める割合が100分の65以上 ③社会福祉士及び介護福祉士法施行規則(昭和62年厚生省令第49号）第1条各号に掲げる行為※を必要とする者の占める割合が入所者の100分の15以上（※：口腔内の喀痰吸引、鼻腔内の喀痰吸引、気管カニューレ内部の喀痰吸引、胃ろう又は腸ろうによる経管栄養及び経鼻経管栄養）	はい・いいえ
①　②	
前6月間の・前12月間の 新規入所者の総数　　名（a） ①(a)のうち要介護4又は5の者　　名 ⇒ （a）に占める割合　　（%） ②(a)のうち認知症である者　　名 ⇒ （a）に占める割合　　（%）	
③	
入所者の総数（前3月の末日時点合計人数）　　名（b） ③喀痰吸引等が必要な者(前3月の末日時点合計人数)　　名 ⇒ （b）に占める割合　　（%）	
介護福祉士を常勤換算方法で入所者の数が6又はその端数を増すごとに1以上配置していますか。 入所者の数　　名÷6＝　　（小数点以下切り上げ）≦介護福祉士の員数（前3月平均）　　人 前3月の介護福祉士の常勤換算後の員数　3月前　　人　2月前　　人　1月前　　人	はい・いいえ
解釈通知の内容を理解し、当該通知内容に沿った加算サービスの提供を行っていますか。	はい・いいえ

様式４－１
サービス名　地域密着型介護老人福祉施設

看護体制加算（Ⅰ）チェック表

事業所番号　46　　事業所名

項目（算定要件）	適否
常勤の看護師を1名以上配置していますか。	はい・いいえ
別の告示に定める入所定員超過減算・人員基準欠如減算に該当していませんか。	はい・いいえ
解釈通知の内容を理解し、当該通知内容に沿った加算サービスの提供を行っていますか。	はい・いいえ

様式４－２
サービス名　地域密着型介護老人福祉施設

看護体制加算（Ⅱ）チェック表

事業所番号　46　　**事業所名**

項目（算定要件）	適否
看護職員を、常勤換算方法で入所者の数が25又はその端数を増すごとに1名以上配置していますか。 入所者の数　　名	はい・いいえ
看護職員を、指定介護老人福祉施設基準第2条第1項第3号ロに規定する指定介護老人福祉施設に置くべき看護職員の数に1を加えた数以上配置していますか。	はい・いいえ
当該指定介護老人福祉施設の看護職員により、又は病院、診療所、若しくは訪問看護ステーションの看護職員との連携により、24時間の連絡体制を確保していますか。	はい・いいえ
別の告示に定める入所定員超過減算・人員基準欠如減算に該当していませんか。	はい・いいえ
解釈通知の内容を理解し、当該通知内容に沿った加算サービスの提供を行っていますか。	はい・いいえ

様式５－１
サービス名　地域密着型介護老人福祉施設

夜勤職員配置加算（Ⅰ・Ⅱ）チェック表

事業所番号　46　　**事業所名**

項目（算定要件）	適否
別に厚生労働大臣が定める夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準五イ又はロに規定する夜勤を行う介護職員又は看護職員の数に1（入所者の動向を検知できる見守り機器を入所者の数の100 分の15 以上の数設置し、かつ、見守り機器を安全かつ有効に活用するための委員会を設置し、必要な検討等が行われている場合は、0.9）を加えた数以上の数の介護職員又は看護職員を配置していますか。 夜勤基準に1を加えた員数　　名 夜勤基準に**0.9**を加えた員数　　名　⇒**介護ロボット届出書**（参考様式①）も添付	はい・いいえ
解釈通知（老企第40号）の内容を理解し、当該通知内容に沿った加算サービスの提供を行っていますか。	はい・いいえ

様式５－２
サービス名　地域密着型介護老人福祉施設

夜勤職員配置加算（Ⅲ・Ⅳ）チェック表

事業所番号　46　　**事業所名**

項目（算定要件）	適否
別に厚生労働大臣が定める夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準五イ又はロに規定する夜勤を行う介護職員又は看護職員の数に1を加えた数以上の数の介護職員又は看護職員を配置していますか。 夜勤基準に1を加えた員数　　名 夜勤基準に0.9を加えた員数　　名　⇒**介護ロボット届出書**（参考様式①）も添付	はい・いいえ
夜勤時間帯を通じて、看護職員を配置している又は喀痰吸引等の実施ができる介護職員を配置していますか（この場合、登録喀痰吸引等事業者として」都道府県の登録が必要）。	はい・いいえ
「解釈通知（老企第40号）」および「別に厚生労働大臣が定める夜勤を行う職員の勤務条件」の内容を理解し、当該通知内容に沿った加算サービスの提供を行っていますか。	はい・いいえ

（参考様式①）

介護ロボットの導入による夜勤職員配置加算に係る届出書

事 業 所 名	
異動等区分	1　新規　2　変更　3　終了
施 設 種 別	1　介護老人福祉施設　　2　地域密着型介護老人福祉施設 3　短期入所生活介護

介護ロボットの導入による夜勤職員配置加算に係る届出内容

① 入所（利用）者数

人

② 介護ロボットを導入して見守りを行っている対象者数

人

③ ①に占める②の割合

%	→	１５％以上	有・無

④ 導入機器

名　称	
製造事業者	
用　途	

⑤ 導入機器の継続的な使用（９週間以上）　有・無

⑥ 導入機器を安全かつ有効に活用するための委員会における、ヒヤリハット・　有・無

様式６
サービス名　地域密着型介護老人福祉施設

準ユニットケア体制チェック表

事業所番号　46　　***事業所名***

項目（算定要件）	適否
１２人を標準とする準ユニットにおいてケアを行っている。	はい・いいえ
プライバシーの確保に配慮した個室的なしつらえを整備し、準ユニットごとに利用できる共同生活室を設けている。	はい・いいえ
日中においては準ユニットごとに常時１人以上の看護職員又は介護職員を配置していますか。	はい・いいえ
→準ユニットごとの介護職員（又は看護職員）の配置がわかる勤務形態一覧表を添付していますか。	はい・いいえ
夜間及び深夜については、２準ユニットごとに１人以上の看護職員又は介護職員を配置していますか。	はい・いいえ
→2準ユニットごとの介護職員（又は看護職員）の配置がわかる勤務形態一覧表を添付していますか。	はい・いいえ
準ユニットごとに常勤のユニットリーダーが配置されていますか。	はい・いいえ
→1ユニットごとの介護職員（又は看護職員）の配置がわかる勤務形態一覧表を添付していますか。	はい・いいえ
→勤務形態一覧表において、ユニットリーダーは常勤（AもしくはB）ですか。	はい・いいえ
→ユニットリーダー研修を受講した従業者を2名以上配置していますか。	はい・いいえ
→ユニットリーダー研修修了証を添付していますか。	はい・いいえ
→ユニットリーダーに〇を付していますか。	はい・いいえ

様式７
サービス名　地域密着型介護老人福祉施設

生活機能向上連携加算チェック表

事業所番号　46　　事業所名

項目（算定要件）	適否
解釈通知（老企第40号）①～⑥の内容を理解し、当該通知内容に沿った加算サービスの提供を行っていますか。	はい・いいえ

様式８
サービス名　地域密着型介護老人福祉施設

個別機能訓練体制チェック表

事業所番号　46　　**事業所名**

項目（算定要件）		適否
専ら機能訓練指導員の職務に従事する常勤の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師、はり師又はきゅう師（はり師及びきゅう師については、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師の資格を有する機能訓練指導員を配置した事業所で6月以上機能訓練指導に従事した経験を有する者に限る。）を1名以上配置していますか。（100名以上の場合は理学療法士等を常勤換算方法で入所者の数を100で除した数以上を配置していますか。）		はい・いいえ
	加算算定開始予定月の一ヶ月（4週間）分の勤務表を添付していますか。	はい・いいえ
	機能訓練指導員は常勤専従（短期入所生活介護との兼務は除く）ですか。	はい・いいえ
	理学療法士等を入所者に対して常勤換算方法で100：1以上配置していますか。	はい・いいえ
	機能訓練指導員の資格証を添付していますか。	はい・いいえ
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、利用者ごとに個別機能訓練計画を作成し、当該計画に基づき、計画的に機能訓練を行うこととしていますか。		はい・いいえ

様式９
サービス名　地域密着型介護老人福祉施設

若年性認知症入所者受入加算チェック表

事業所番号　46　　**事業所名**

項目（算定要件）	適否
若年性認知症入所者（介護保険法施行令（平成１０年政令第４１２号）第２条第６号に規定する初老期における認知症によって法第７条第３項に規定する要介護者となった入所者をいう。以下同じ。）に対して指定介護福祉施設サービスを行っていますか。	はい・いいえ
受け入れた若年性認知症入所者ごとに個別の担当者を定めていますか。	はい・いいえ
認知症行動・心理症状緊急対応加算を算定していませんか。	はい・いいえ
解釈通知の内容を理解し、当該通知内容に沿った加算サービスの提供を行っていますか。	はい・いいえ

様式１０－１
サービス名　地域密着型介護老人福祉施設

障害者生活支援体制加算（Ⅰ）チェック表

事業所番号　46　　**事業所名**

項目（算定要件）	適否
入所者の総数のうち、視覚、聴覚若しくは言語機能に障害のある者、知的障害者又は精神障害者（以下「視覚障害者等」という。）である入所者の数が15以上又は入所者のうち、視覚障害者等である入所者の占める割合が100分の30以上ですか。 入所者の総数　　名　　視覚障害者等の入所者　　名　　割合　　％	はい・いいえ
視覚障害者等に対する生活支援に関し専門性を有する者として別に厚生労働大臣が定める者（以下「障害者生活支援員」という。）であって専ら障害者生活支援員としての職務に従事する常勤の職員を1名以上配置していますか。（視覚障害者等である入所者の数が50以上の場合、専らその職務に従事する常勤の障害者生活支援員を1名以上配置し、かつ、障害者生活支援員を常勤換算方法で視覚障害者等である入所者の数を50で除した数以上配置していますか。）	はい・いいえ
解釈通知（老企第40号）の内容を理解し、当該通知内容に沿った加算サービスの提供を行っていますか。	はい・いいえ

様式１０－２
サービス名　地域密着型介護老人福祉施設

障害者生活支援体制加算（Ⅱ）チェック表

事業所番号　46　　**事業所名**

項目（算定要件）	適否
入所者の総数のうち、視覚、聴覚若しくは言語機能に障害のある者、知的障害者又は精神障害者（以下「視覚障害者等」という。）である入所者の占める割合が100分の50以上ですか。 入所者の総数　　名　　視覚障害者等の入所者　　名　　割合　　％	はい・いいえ
視覚障害者等に対する生活支援に関し専門性を有する者として別に厚生労働大臣が定める者（以下「障害者生活支援員」という。）であって専ら障害者生活支援員としての職務に従事する常勤の職員を2名以上配置していますか。（視覚障害者等である入所者の数が50以上の場合、専らその職務に従事する常勤の障害者生活支援員を2名以上配置し、かつ、障害者生活支援員を常勤換算方法で視覚障害者等である入所者の数を50で除した数に1を加えた数以上配置していますか。）	はい・いいえ
解釈通知（老企第40号）の内容を理解し、当該通知内容に沿った加算サービスの提供を行っていますか。	はい・いいえ

様式１１

サービス名　地域密着型介護老人福祉施設

栄養マネジメント体制チェック表

事業所番号　46　　事業所名

項目（算定要件）	適否
常勤の管理栄養士を1名以上配置していますか。	はい・いいえ
管理栄養士に係る勤務表、資格証を添付していますか。	はい・いいえ
入所者の栄養状態を施設入所時に把握し、医師、管理栄養士、歯科医師、看護師、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、入所者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮した栄養ケア計画を作成することとしていますか。	はい・いいえ
入所者ごとの栄養ケア計画に従い栄養管理を行っているとともに、入所者の栄養状態を定期的に記録することとしていますか。	はい・いいえ
入所者ごとの栄養ケア計画の進捗状況を定期的に評価し、必要に応じて当該計画を見直すこととしていますか。	はい・いいえ
運営基準に基づき事業所の運営規程に定められた入所定員を遵守するとともに、人員基準に定められた職種、員数の職員を配置することとしていますか。	はい・いいえ
栄養マネジメントに関する届出書（参考様式②）を添付していますか。	はい・いいえ
解釈通知（老企第40号）の内容を理解し、当該通知内容に沿った加算サービスの提供を行っていますか。	はい・いいえ

参考様式②

サービス名　介護老人福祉施設

栄養マネジメントに関する届出書

<table>
<tr><td>1　事業所名</td><td></td></tr>
<tr><td>2　施設種別</td><td>①　介護老人福祉施設　　②　介護老人保健施設
③　介護療養型医療施設　　④　地域密着型介護老人福祉施設</td></tr>
<tr><td>3　栄養マネジメントの状況</td><td>
<table>
<tr><td>常勤の管理栄養士</td><td>人</td></tr>
</table>
栄養マネジメントに関わる者
<table>
<tr><td>職　種</td><td>氏　名</td></tr>
<tr><td>医　　師</td><td></td></tr>
<tr><td>管理栄養士</td><td></td></tr>
<tr><td>歯科医師</td><td></td></tr>
<tr><td>看　護　師</td><td></td></tr>
<tr><td>介護支援専門員</td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

※「栄養マネジメントに関する者」には、共同で栄養ケア計画を作成している者の職種及び氏名を記入してください。

様式１２
サービス名　地域密着型介護老人福祉施設

療養食加算チェック表

事業所番号　46　　事業所名

項目（算定要件）	適否
食事の提供が管理栄養士又は栄養士によって管理されていますか。	はい・いいえ
入所者の年齢、心身の状況によって適切な栄養量及び内容の食事の提供が行われていますか。	はい・いいえ
別の告示に定める利用定員超過減算・人員基準欠如減算に該当していませんか。	はい・いいえ
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糖尿病食、腎臓病食、肝臓病食、胃潰瘍食（流動食は除く）、貧血食、膵臓病食、脂質異常症食、痛風食、特別な場合の検査食を提供した場合に加算していますか。	はい・いいえ
解釈通知（老企第40号）の内容を理解し、当該通知内容に沿った加算サービスの提供を行っていますか。	はい・いいえ

様式１３
サービス名　地域密着型介護老人福祉施設

配置医師緊急時対応加算チェック表

事業所番号　46　　**事業所名**

項目（算定要件）	適否
看護体制加算（Ⅱ）を算定していますか。	はい・いいえ
入所者に対する注意事項や病状等の情報共有並びに、曜日や時間帯ごとの配置医師又は協力医療機関との連絡方法や診察を依頼するタイミング等について、配置医師又は協力医療機関と施設の間で具体的な取り決めがなされていますか。	はい・いいえ
複数名の配置医師を置いている、若しくは配置医と協力医療機関の医師が連携し、施設の求めに応じて24時間対応できる体制を確保していますか。	はい・いいえ
配置医師緊急時対応加算に係る届出書（参考様式⑤）を添付しましたか。	はい・いいえ
解釈通知（老企第40号）の内容を理解し、当該通知内容に沿った加算サービスの提供を行っていますか。	はい・いいえ

（参考様式⑤）

配置医師緊急時対応加算に係る届出書

事 業 所 名	
異動等区分	1　新規　2　変更　3　終了
施 設 種 別	1　介護老人福祉施設　　2　地域密着型介護老人福祉施設

配置医師緊急時対応加算に関する届出内容

配置医師名

連携する協力医療機関

協力医療機関名	医療機関コード						

①　看護体制加算（Ⅱ）を算定している。	有　・　無
②　入所者に対する注意事項や病状等の情報共有並びに、曜日や時間帯ごとの配置医師又は協力医療機関との連絡方法や診察を依頼するタイミング等について、配置医師又は協力医療機関と施設の間で具体的な取り決めがなされている。	有　・　無
③　複数名の配置医師を置いている、若しくは配置医と協力医療機関の医師が連携し、施設の求めに応じて24時間対応できる体制を確保している。	有　・　無
④　②及び③の内容について届出を行っている。	有　・　無

備考１　配置医師については、「特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて」（平成18年３月31日保医発0331002）別紙様式「特別養護老人ホーム等の施設の状況及び配置医師について」に記載された配置医師を記載してください。

備考２　各要件を満たす場合については、それぞれ根拠となる（要件を満たすことがわかる）書類も提出してください。

様式１４－１
サービス名　地域密着型介護老人福祉施設

看取り介護体制（Ⅰ）チェック表

事業所番号　46　　**事業所名**

項目（算定要件）	適否
常勤の看護師を1名以上配置し、当該指定介護老人福祉施設の看護職員により、又は病院、診療所、若しくは訪問看護ステーションの看護職員との連携により、２４時間の連絡体制を確保していますか。	はい・いいえ
看取りに関する指針を定め、入所の際に、入所者又はその家族等に説明し、同意を得ていますか。	はい・いいえ
医師、看護職員、介護職員、介護支援専門員その他の職種の者による協議の上、当該指定介護老人福祉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っていますか。	はい・いいえ
看取りに関する職員研修を行っていますか。	はい・いいえ
看取りを行う際に個室又は静養室の利用が可能となるよう配慮を行っていますか。	はい・いいえ
解釈通知（老企第40号）の内容を理解し、当該通知内容に沿ったサービスの提供を行っていますか。	はい・いいえ

様式１４－２
サービス名　地域密着型介護老人福祉施設

看取り介護体制（Ⅱ）チェック表

事業所番号　46　　事業所名

項目（算定要件）	適否
常勤の看護師を1名以上配置し、当該指定介護老人福祉施設の看護職員により、又は病院、診療所、若しくは訪問看護ステーションの看護職員との連携により、24時間の連絡体制を確保していますか。	はい・いいえ
看取りに関する指針を定め、入所の際に、入所者又はその家族等に説明し、同意を得ていますか。	はい・いいえ
医師、看護職員、介護職員、介護支援専門員その他の職種の者による協議の上、当該指定介護老人福祉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っていますか。	はい・いいえ
看取りに関する職員研修を行っていますか。	はい・いいえ
看取りを行う際に個室又は静養室の利用が可能となるよう配慮を行っていますか。	はい・いいえ
配置医師緊急時対応加算の算定体制の届出をしていますか。	はい・いいえ
解釈通知（老企第40号）の内容を理解し、当該通知内容に沿った加算サービスの提供を行っていますか。	はい・いいえ

様式15
サービス名　地域密着型介護老人福祉施設

在宅・入所相互利用体制チェック表

事業所番号　46　　***事業所名***

項目（算定要件）	適否
在宅生活を継続する観点から、複数人があらかじめ在宅期間及び入所期間（入所期間については3ヶ月を限度とする）を定めて、当該施設の同一の個室を計画的に利用していますか。	はい・いいえ
要介護状態区分が3～5の入所者に加算を算定していますか。	はい・いいえ
上記の入所者について、在宅期間中の介護支援専門員と施設の介護支援専門員との間で情報の交換を十分に行い、双方合意の上、介護に関する目標及び方針を定め、入所者又はその家族等に対して、当該目標及び方針の内容を説明し、同意を得ていますか。	はい・いいえ

様式１６－１
サービス名　地域密着型介護老人福祉施設

認知症専門ケア加算（Ⅰ）チェック表

事業所番号　46　　**事業所名**

項目（算定要件）	適否
入所者の総数のうち、日常生活に支障をきたすおそれのある症状若しくは行動が認められることから介護を必要とする認知症の者（以下「対象者という」）の占める割合が2分の１以上ですか。 入所者の総数　　名　　認知症の入所者　　名　　割合　　％	はい・いいえ
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人未満である場合にあっては、1以上、当該対象者の数が20人以上である場合にあっては、1に、当該対象者の数が19を超えて10又はその端数を増すごとに1を加えて得た数以上配置し、チームとして専門的な認知症ケアを実施していますか。 対象者　　名　　認知症介護に係る専門的な研修修了者　　名	はい・いいえ
当該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ますか。	はい・いいえ
解釈通知の内容を理解し、当該通知内容に沿った加算サービスの提供を行っていますか。	はい・いいえ

様式１６－２
サービス名　地域密着型介護老人福祉施設

認知症専門ケア加算（Ⅱ）チェック表

事業所番号　46　　事業所名

項目（算定要件）	適否
入所者の総数のうち、日常生活に支障をきたすおそれのある症状若しくは行動が認められることから介護を必要とする認知症の者（以下「対象者という」）の占める割合が2分の１以上ですか。 入所者の総数　　名　　認知症の入所者　　名　　認知症の入所者割合　　％	はい・いいえ
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人未満である場合にあっては、1以上、当該対象者の数が20人以上である場合にあっては、1に、当該対象者の数が19を超えて10又はその端数を増すごとに1を加えて得た数以上配置し、チームとして専門的な認知症ケアを実施していますか。 対象者　　名　　認知症介護に係る専門的な研修修了者　　名	はい・いいえ
当該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ますか。	はい・いいえ
認知症介護の指導に係る専門的な研修を修了している者を一名以上配置し、施設全体の認知症ケアの指導等を実施していますか。	はい・いいえ
介護職員、看護職員毎の認知症ケアに関する研修計画を作成し、当該計画に従い、研修を実施又は実施を予定していますか。	はい・いいえ
解釈通知の内容を理解し、当該通知内容に沿った加算サービスの提供を行っていますか。	はい・いいえ

様式１７

サービス名　地域密着型介護老人福祉施設

褥瘡マネジメント体制チェック表

事業所番号　46　　**事業所名**

項目（算定要件）	適否
イ　入所者ごとに褥瘡の発生と関連のあるリスクについて、施設入所時に評価するとともに、少なくとも三月に1回、評価を行い、その評価結果を厚生労働省に報告していますか。	はい・いいえ
ロ　イの評価の結果、褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者ごとに、医師、看護師、介護職員、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、褥瘡管理に関する褥瘡ケア計画を作成していますか。	はい・いいえ
ハ　入所者ごとの褥瘡ケア計画に従い褥瘡管理を実施するとともに、その管理の内容や入所者の状態について定期的に記録していますか。	はい・いいえ
ニ　イの評価に基づき、少なくとも三月に一回、入所者ごとに褥瘡ケア計画を見直していますか。	はい・いいえ
ホ　運営基準に基づき事業所の運営規程に定められた入所定員を遵守するとともに、人員基準に定められた職種、員数の職員を配置することとしていますか。	はい・いいえ
へ　褥瘡マネジメントに関する届出書（参考様式③）を添付していますか。	はい・いいえ
ト　解釈通知（老企第40号）の内容を理解し、当該通知内容に沿った加算サービスの提供を行っていますか。	はい・いいえ

（参考様式③）

褥瘡マネジメントに関する届出書

<table>
<tr><td>1 事業所名</td><td></td></tr>
<tr><td>2 異動区分</td><td>1　新規　　2　変更　　3　終了</td></tr>
<tr><td>3 施設種別</td><td>1　介護老人福祉施設　　2　介護老人保健施設</td></tr>
<tr><td>4 褥瘡マネジメントの状況</td><td>褥瘡マネジメントに関わる者
<table>
<tr><th>職　種</th><th>氏　名</th></tr>
<tr><td>医　　師</td><td></td></tr>
<tr><td>歯科医師</td><td></td></tr>
<tr><td>看　護　師</td><td></td></tr>
<tr><td>管 理 栄 養 士</td><td></td></tr>
<tr><td>介護支援専門員</td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td></tr>
</table></td></tr>
</table>

※　「褥瘡マネジメントに関わる者」には、共同で褥瘡ケア計画を作成している者の職種及び氏名を記入してください。

様式18－1
サービス名　地域密着型介護老人福祉施設

サービス提供体制強化加算（Ⅰ）イ　チェック表

事業所番号：　46　　事業所名：

項目（算定要件）	適否
介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の60以上ですか。 ※介護職員の総数＝常勤換算方法により算出した総数	はい・いいえ

前年度の実績が6ヶ月に満たない事業所（新たに事業を開始し、又は再開した事業所を含みます）は②に、それ以外の事業所は①に記入してください。（小数点第1位まで）

①〈前年度の月平均〉　e：4～2月における実績のあった月数

平成　　年度	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	合計a	月平均 a÷e
常勤換算後の介護職員の員数													(c)
常勤換算後の介護福祉士の員数													(d)

・dがcに占める割合　（d÷c×100）＝　　%

②〈前3月の月平均〉（前年度の実績が6月に満たない事業所のみ対象）

・届出日が属する月の前3月の常勤換算後の介護職員の員数（小数点以下第1位まで）

3月前:　　人　＋2月前:　　人　＋1月前:　　人　÷3＝　　人(c)

・届出日が属する月の前3月の常勤換算後の介護福祉士の員数の合計

3月前:　　人　＋2月前:　　人　＋1月前:　　人　÷3＝　　人(d)

・dがcに占める割合　（d÷c×100）＝　　%

別の告示に定める利用定員超過減算・人員基準欠如減算に該当していませんか。	はい・いいえ
【解釈通知】に記載の内容を理解し、当該通知の内容に沿った運営を行っていますか。	はい・いいえ

様式18－2
サービス名　地域密着型介護老人福祉施設

サービス提供体制強化加算（Ⅰ）ロ　チェック表

事業所番号：　46　　事業所名：

項目（算定要件）	適否
介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の50以上ですか。 ※介護職員の総数＝常勤換算方法により算出した総数	はい・いいえ

前年度の実績が6ヶ月に満たない事業所（新たに事業を開始し、又は再開した事業所を含みます）は②に、それ以外の事業所は①に記入してください。（小数点第1位まで）

①〈前年度の月平均〉　e：4～2月における実績のあった月数

平成　　年度	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	合計a	月平均 a÷e
常勤換算後の介護職員の員数													(c)
常勤換算後の介護福祉士の員数													(d)

・dがcに占める割合　（d÷c×100）＝＿＿＿＿％

②〈前3月の月平均〉（前年度の実績が6月に満たない事業所のみ対象）

・届出日が属する月の前3月の常勤換算後の介護職員の員数（小数点以下第1位まで）

3月前:＿＿＿人　＋2月前:＿＿＿人　＋1月前:＿＿＿人　÷3＝＿＿＿人(c)

・届出日が属する月の前3月の常勤換算後の介護福祉士の員数の合計

3月前:＿＿＿人　＋2月前:＿＿＿人　＋1月前:＿＿＿人　÷3＝＿＿＿人(d)

・dがcに占める割合　（d÷c×100）＝＿＿＿＿％

別の告示に定める利用定員超過減算・人員基準欠如減算に該当していませんか。	はい・いいえ
【解釈通知】に記載の内容を理解し、当該通知の内容に沿った運営を行っていますか。	はい・いいえ

様式18－3
サービス名　地域密着型介護老人福祉施設

サービス提供体制強化加算（Ⅱ）　チェック表

事業所番号：　46　　事業所名：

項目（算定要件）	適否
看護・介護職員の総数のうち、常勤職員の占める割合が100分の75以上ですか。 ※介護職員の総数＝常勤換算方法により算出した総数	はい・いいえ

前年度の実績が6ヶ月に満たない事業所（新たに事業を開始し、又は再開した事業所を含みます）は②に、それ以外の事業所は①に記入してください。（小数点第1位まで）

①〈前年度の月平均〉　e：4～2月における実績のあった月数

平成　　年度	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	合計a	月平均 a÷e
常勤換算後の看護・介護職員の員数													(c)
常勤換算後の常勤職員の員数													(d)

・dがcに占める割合　（d÷c×100）＝＿＿＿＿％

②〈前3月の月平均〉（前年度の実績が6月に満たない事業所のみ対象）

・届出日が属する月の前3月の常勤換算後の看護・介護職員の員数（小数点以下第1位まで）

3月前:＿＿＿人　＋2月前:＿＿＿人　＋1月前:＿＿＿人　÷3＝＿＿＿人(c)

・届出日が属する月の前3月の常勤換算後の常勤職員の員数の合計

3月前:＿＿＿人　＋2月前:＿＿＿人　＋1月前:＿＿＿人　÷3＝＿＿＿人(d)

・dがcに占める割合　（d÷c×100）＝＿＿＿＿％

別の告示に定める利用定員超過減算・人員基準欠如減算に該当していませんか。	はい・いいえ
【解釈通知】に記載の内容を理解し、当該通知の内容に沿った運営を行っていますか。	はい・いいえ

様式18－4
サービス名　地域密着型介護老人福祉施設

サービス提供体制強化加算（Ⅲ）　チェック表

事業所番号：　46　　事業所名：

項目（算定要件）	適否
指定介護老人福祉施設サービスを入所者に直接提供する職員の総数のうち、勤続年数3年以上の者の占める割合が100分の30以上ですか。 ※直接提供する職員の総数＝常勤換算方法により算出した総数	はい・いいえ

前年度の実績が6ヶ月に満たない事業所（新たに事業を開始し、又は再開した事業所を含みます）は②に、それ以外の事業所は①に記入してください。（小数点第1位まで）

①〈前年度の月平均〉　e：4～2月における実績のあった月数

平成　　年度	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	合計a	月平均 a÷e
常勤換算後の直接提供職員の員数													(c)
常勤換算後の勤続年数3年以上の者の員数													(d)

・dがcに占める割合　（d÷c×100）＝　　%

②〈前3月の月平均〉（前年度の実績が6月に満たない事業所のみ対象）

・届出日が属する月の前3月の常勤換算後の直接提供職員の員数（小数点以下第1位まで）

3月前:　　人　＋2月前:　　人　＋1月前:　　人　÷3＝　　人(c)

・届出日が属する月の前3月の常勤換算後の勤続年数3年以上の者の員数の合計

3月前:　　人　＋2月前:　　人　＋1月前:　　人　÷3＝　　人(d)

・dがcに占める割合　（d÷c×100）＝　　%

別の告示に定める利用定員超過減算・人員基準欠如減算に該当していませんか。	はい・いいえ
【解釈通知】に記載の内容を理解し、当該通知の内容に沿った運営を行っていますか。	はい・いいえ
実務経験証明書（参考様式④）を添付していますか。	はい・いいえ

参考様式④

実 務 経 験 証 明 書

［　サービス提供体制強化加算（Ⅲ）添付資料用　］

平成　　年　　月　　日

（申請先）

鹿　児　島　市　長

法人名

法人代表者名

下記の者の実務経験は、以下のとおりであることを証明します。

No.	従業者氏名	生年月日	施設又は事業所名	サービス名	業務期間	通算年数	業務内容
1					～	年　ヵ月	
2					～	年　ヵ月	
3					～	年　ヵ月	
4					～	年　ヵ月	
5					～	年　ヵ月	
6					～	年　ヵ月	
7					～	年　ヵ月	
8					～	年　ヵ月	
9					～	年　ヵ月	
10					～	年　ヵ月	
11					～	年　ヵ月	
12					～	年　ヵ月	
13					～	年　ヵ月	
14					～	年　ヵ月	
15					～	年　ヵ月	
16					～	年　ヵ月	
17					～	年　ヵ月	
18					～	年　ヵ月	
19					～	年　ヵ月	
20					～	年　ヵ月	

注１　勤続年数が３年以上の者についてのみ記載してください。
注２　同一法人の複数の事業所の勤続年数を合算する場合、二段書き等で対応してください。
注３　「サービス名」は具体的に訪問介護、通所介護、介護老人福祉施設等の介護サービス名を記載してください。
注４　「業務期間」欄は、実務経験被証明者が入所者に対する直接的なサービスを行っていた期間を記入してください。
（例えば、事務・経理や送迎運転等は含まれません。）。
注５　「業務内容」欄は、実務経験被証明者の本来の業務について、具体的に介護職員、看護職員、理学療法士等を記載してください。
※上記の記載内容に記入漏れや不備・不明な箇所がある場合には、内容の確認をさせていただき、必要に応じ書類の追加・再提出をしていただくことがありますので、予めご承知下さい